

106

juliol - desembre 2013

# informació psicològica

## temes d'estudi

---

Fibromialgia, autoestima y personalidad.

Psicología positiva y cáncer.

Cuidadores de pacientes con TCA.

Mejora del desarrollo cognitivo en mayores.

¿Por qué no soy un terapeuta mindfulness?

## entrevista

---

Irving Kirsch

## crítica de llibres

---

Amando sin dolor, disfrutar amando

Psicología del Deporte y la Salud: una relación compleja

**Equip Directiu**

**Direcció:**

Consuelo Claramunt Busó, Gabinet Municipal. Torrent

**Subdirecció:**

Enrique Cantón Chirivella. Univ. València

Pedro Rafael Gil-Monte. Univ. València

Miguel José Perelló del Río, Centre d'Aplicacions Psicològiques.  
València

**Equip Editorial:**

**Responsables de secció:**

Maria Cortell Alcocer, Clínica de Psicoanàlisi. València

Marió Franco Calatayud, Ara Psicòlogos, València

Irene Checa Esquivá, Rendiment Espai Salut

Almer Villajos Tendero, Terapeuta de Família i Sexual

Consuelo Martínez Valero, Centre d'Aplicacions Psicològiques. València

**Comité Editorial:**

M. Constanza Aguilar Bustamante, Univ. de Santo Tomás, Colòmbia

Cristina Aguilar Giner. ALENA. Psicologia Clínica i Salut. València.

Francisco Alcantud Marín, Univ. València

Esther Barberá Heredia, Univ. de València

M. Carmen Barrachina Segura, consulta privada. València.

Francisco Bas Ramallo, Centre de Psicologia Bertrand Russell, Madrid

Luis Benites Morales, Univ. de San Martín de Porras, Perú

Vicent Bermejo Frigola, Salut Mental Infantil. Conselleria de Sanitat

Javier Bou Piquer, Associació Sistemàtica de València

Jesús Cabezas Fernández, consulta privada. València.

Amparo Cabrera Vallet, Consulta privada. València.

Maria José Cantero López, Univ. València

José Cantón Duarte, Univ. Granada

Maite Cortés Tomás, Univ. de València

Maria Victoria del Barrio Gandara, UNED

Edelmira Doménech Llaberia, Univ. Autònoma Barcelona

Begoña Espejo Tort, Univ. València

M. Dolores Ferrando Moncholi, consulta privada. València

Enrique Garcés de los Fayos Ruiz, Univ. Murcia

Francisco Gotzens Busquets, Ajuntament de València

Francisco Hidalgo Mena, Generalitat Valenciana

Elvira Asunción Jaime Coll. MAR. Psicologia Clínica i Jurídica, València

Anette Kreuz -Smolinski, Centre de Teràpia Familiar Fàsica. València

Ángel Latorre Latorre, Univ. València

Eva León Zarceño, Univ. Miguel Hernández de Elche

Wilson López López, Pontificia Univ. Javeriana Bogotá i ABA Colòmbia

Tomás Josep Llopis Giménez, Univ. de València

Maribel Martínez Benloch, Univ. València

Ángel Martínez Moreno, PAINA Consultoria València

Carmen Mateu Marques, Univ. València

Manuel Medina Tornero, Univ. de Murcia

Francisco Xavier Méndez Carrillo, Univ. Murcia

Maria Vicenta Mestre Escrivá, Univ. València

Luis Valentín Montoro González, Univ. València

Gonzalo Mustiu Ochoa, Univ. València

Maria del Mar Navarro Diaz, Gabinet Municipal Torrent

José Olivares Rodríguez, Univ. de Murcia

Godoleva Rosa Ortiz Viveros, Institut d'Investigacions Psicològiques,  
Univ. Veracruzana, Mèxic

José María Peiró Silla, Univ. València

Jordi Pérez Montiel. Psicòlego. Mediator

Gema Pons Salvador, Univ. de València

Adriana Rey Anastasi, Institut de Medicina Legal, València

Jesús Rodríguez Marín, Univ. Miguel Hernández, Elche

Joan Rovira i Prats, Ajuntament d'Alzira

Juan Sevilla Gascó, Centre de Teràpia de Conducta València

M. Angeles Tomás Bolos, Gabinet de Psicologia Clínica i Educativa. València

Maria Victoria Trianes Torres, Univ. Màlaga

Javier Urra Portillo, President de la Comissió Deontològica de Madrid

Rosario Valdés Caraveo, Universidad ELPAC, Chihuahua, Mèxic

Miguel Ángel Verdugo Alonso, Univ. Salamanca

**I.S.S.N.** 0214-347 X - D.L. V-841-1983.

**I.S.S.N.** 1989-9076

Està inclosa en les següents bases de dades:

**CINDOC, PSICODOC, LATINDEX,  
DIALNET I REDALYC**

editorial ..... 3

temes d'estudi ..... 4

• Fibromialgia: Discapacidad funcional, autoestima y perfil de personalidad  
Maite Garaigordobil i Leila Govillard ..... 4

• Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer  
M<sup>o</sup> Victoria Cerezo Guzmán ..... 17

• Evaluación de un programa psicoterapéutico para cuidadores de pacientes con TCA: Estudio piloto  
Vanessa Pla, Eugenia Moreno, Inmaculada Fuentes Durá i Carmen Dasí ..... 28

• Programa combinado para mejorar el estado emocional y prevenir el deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados  
María Begoña Garín Gómez, Soledad Ballesteros Jiménez i Alfredo Briones Aranda ..... 41

• ¿Por qué no soy un Terapeuta Mindfulness?  
M<sup>o</sup> Luisa Martín Orgilés i Juan Sevillá Gascó ..... 54

entrevista ..... 70

• Irving Kirsch  
per Consuelo Martínez Valero ..... 70

crítica de llibres ..... 73

• Amando sin dolor, disfrutar amando  
per Almer Villajos Tendero ..... 73

• Psicología del Deporte y la Salud: una relación compleja  
per Nora Taipe Nasimba ..... 74

Relació d'autors Informació Psicològica del n<sup>o</sup> 101 al 106 ..... 75

Noves normes de publicació ..... 78

editorial \_\_\_\_\_ 3

topics of study \_\_\_\_\_ 4

- Fibromyalgia: Functional impairment, self-esteem and personality profile  
Maite Garaigordobil and Leila Govillard .....4
- Positive psychological variables in cancer patients  
M<sup>o</sup> Victoria Cerezo Guzmán .....17
- Assessment of a psychotherapeutic program for caregivers of patients with eating disorders: a pilot study  
Vanessa Pla, Eugenia Moreno, Inmaculada Fuentes Durá and Carmen Dasí .....28
- Combined program for improving the emotional state and preventing cognitive deterioration of institutionalized seniors  
María Begoña Garín Gómez, Soledad Ballesteros Jiménez and Alfredo Briones Aranda .....41
- Why am i not a Mindfulness Therapist?  
M<sup>o</sup> Luisa Martín Orgilés and Juan Sevillá Gascó .....54

interview \_\_\_\_\_ 70

- Irving Kirsch  
by Consuelo Martínez Valero .....70

review of books \_\_\_\_\_ 73

- Loving without pain, enjoy loving  
by Almer Villajos Tendero .....73
- Sport and Health Psychology: Complex relation  
by Nora Taipe Nasimba .....74

Relation authors Informació Psicològica  
of the number 101 to 106 .....75

News instructions to authors .....78

**Consell Editor:**

Francisco J. Santolaya Ochando (degà)  
Vicenta Esteve Biot (vicedegana 1<sup>a</sup>)  
Concepción Sánchez Beltrán (vicedegana 2<sup>a</sup>)  
Mar Lluç Quevedo (vicedegana 3<sup>a</sup>)  
Óscar Cortijo Peris (secretari)  
Paloma Botella Marco (vicesecretaria)  
Miguel A. Torricos Sanchis (tresorer)  
Vocals:  
Amparo Malea Fernández, Rosario Morales Moreno,  
Andrea Ollero Muñoz, Manuel R. Peretó i Soriano,  
Pilar del Pueblo López i Juan Luis Quevedo Rodríguez.

**Secretària de redacció:**

Lidia Tena i Espada

**Disseny:**

Susana Aguilar Giner

**Tirada:** 6.700 exemplars

**Impressió i maquetació:**

Gráficas Antolín Martínez, s.l.  
C/ Barón de Herves, 8 • 46003 Valencia  
Tel. 96 391 89 84 • www.grafamar.com

**Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana**

Carrer Comte d'Olocau, 1. 46003 València  
www.informaciopsicologica.info  
revistaip@cop-cv.es  
tf: 96 392 25 95 • fax: 96 315 52 30

Nº 106. El último número de este año y de una etapa.

2013, un año impar cargado, como todos los años, de múltiples acontecimientos, afortunados y desafortunados. En *Informació Psicològica* hemos estado muy ocupados, realizando las gestiones ordinarias para llevar adelante la revisión y publicación de los trabajos que hemos recibido en la revista.

El presente número se centra en la sección *Temas de Estudio* que recoge una amplia variedad de investigaciones empíricas con implicaciones prácticas para el ejercicio profesional.

En primer lugar, nos encontramos con el estudio de Garaigordobil y Govillard, que aborda el tema de la fibromialgia con el objetivo de comparar el nivel de discapacidad funcional, dolor y agotamiento, el autoconcepto-autoestima, así como el perfil de personalidad, en personas con y sin fibromialgia. Las autoras recibieron el reconocimiento de la primera edición del Premio a la mejor tesis doctoral en psicología clínica, convocado por el Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP) y Psicofundación el pasado año 2012.

M<sup>a</sup> Victoria Cerezo efectúa un recorrido entre algunas de las variables que están siendo contempladas por la psicología positiva, centrándose en el bienestar, la inteligencia emocional, el optimismo, la resiliencia o la autoestima de los pacientes oncológicos. A la Dra. Cerezo también le fue concedido un accésit en la edición del Premio ISEP arriba mencionado.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) provocan un gran impacto en la salud, no sólo de las personas afectadas, sino también en sus familias. Pla, Moreno, Fuentes y Dasí presentan los resultados de un estudio piloto para la evaluación de un programa psicoterapéutico para cuidadores de pacientes con TCA.

Cambiando de continente, desde el otro lado del charco, nos llega el trabajo de Garin, Ballesteros y Briones, que plantean la evaluación de la influencia de un programa de entrenamiento combinado de ejercicios físicos y neuropsicológicos sobre la mejora de las capacidades afectivas, cognitivas y de independencia de una muestra de ancianos de una residencia del estado de Chiapas (México).

El cierre de esta sección se ha reservado al artículo de M<sup>a</sup> Luisa Martín y Juan Sevilla, que exponen una reflexión crítica de las aplicaciones terapéuticas del *mindfulness* y las evidencias empíricas de su eficacia.

Nuestra compañera Consuelo Martínez, responsable de la sección Entrevista, aprovechó el marco de la IX Reunión Anual de la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud para acercarse al profesor Irving Kirsch, investigador de reconocido prestigio internacional. El equipo de la revista ha considerado oportuno presentar a sus lectores tales declaraciones directamente en el idioma original, sin traducirlas al castellano.

Quizás el título de este editorial les haya llamado la atención o quizás no. A menudo nuestra vista se desliza rápidamente hacia el contenido y apenas nos detenemos en esas primeras palabras. A estas alturas, si han llegado hasta aquí, espero haber conseguido despertar la curiosidad o crear un cierto suspense... aunque sea sobre un tema ya ampliamente anunciado.

Esta vez va en serio. Lo hemos conseguido: hemos llegado al final de una etapa. *Informació Psicològica* da el paso definitivo y se convierte en una revista digital. Adiós al formato en papel. Bienvenida nuestra nueva página web que pronto será presentada oficial y convenientemente a todos los colegiados, así como al público general.

Ha sido un largo y laborioso proceso que ha supuesto mucho esfuerzo y dedicación, tanto por parte del equipo directivo, como por el personal administrativo e informático del COP-CV. Quiero aprovechar este espacio para agradecer personalmente el trabajo de todos ellos, Lidia, Maribel, Amparo, David, Alicia y por supuesto a mis compañeros de la revista, con una mención especial al apoyo de nuestro Decano, Francisco Santolaya. Entre todos, lo hemos hecho posible. Gracias.

Chelo Claramunt  
Directora

# Fibromialgia: Discapacidad funcional, autoestima y perfil de personalidad

Maite Garaigordobil y Leila Govillard

Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

## resumen/abstract:

El estudio tuvo como objetivo comparar el nivel de discapacidad funcional, dolor y agotamiento, el autoconcepto-autoestima, y grandes dimensiones de personalidad, en personas con y sin fibromialgia (FM). El estudio se realizó con 190 participantes, 140 afectados de FM y 50 no afectados, entre 28 y 75 años ( $M= 52,16$ ;  $DT= 9,18$ ), 10 varones y 180 mujeres. Se utilizaron 4 instrumentos de evaluación para medir las variables objeto de estudio: impacto de la fibromialgia, autoconcepto, autoestima y personalidad. Los resultados evidenciaron que las personas con FM, comparadas con las que no están afectadas por esta enfermedad, tienen significativamente un nivel superior de discapacidad funcional, dolor y agotamiento; un nivel inferior de autoestima; una capacidad superior de cooperación-empatía, de meticulosidad y amor por el orden, y un nivel inferior de control de emociones y de estabilidad emocional. En el resto de rasgos de personalidad (energía, afabilidad, tesón, apertura mental) no hubo diferencias significativas. Además, en las personas con FM no se han hallado indicios de sesgo o tendencia a ofrecer una imagen desfavorable, destacar dificultades, o presentar "conducta de enfermo".

*The purpose of the study was to compare the level of functional impairment, pain and exhaustion, self-concept-self-esteem, and major personality dimensions in people with and without fibromyalgia (FM). The study was carried out with 190 participants, 140 affected with FM and 50 not affected, between 28 and 75 years of age ( $M = 52.16$ ,  $SD = 9.18$ ), 10 males and 180 females. Four assessment instruments were administered to assess the target variables: impact of fibromyalgia, self-concept, self-esteem and personality. The results provided evidence that people with FM, compared with people who are not affected by this disease, have a significantly higher level of functional impairment, pain, and exhaustion, a lower level of self-esteem, a higher capacity of cooperativeness-empathy, scrupulousness, and a lower level of emotional control and emotional stability. In the remaining personality traits (energy, agreeableness, conscientiousness, mental openness), there were no significant differences. In addition, in people with FM, no signs of bias or tendency to present an unfavorable image, emphasize difficulties, or display "illness behavior" were found.*

## palabras clave/keywords:

Fibromialgia, autoestima, personalidad, discapacidad funcional.

*Fibromyalgia, self-esteem, personality, functional impairment.*

---

### Agradecimientos:

*Estudio financiado por el Departamento de Educación, Política Lingüística y Educación del Gobierno Vasco (IT638-13), y por la Unidad de Formación e Investigación de la Universidad del País Vasco UPV/EHU (UFI PSIXXI 11/04).*

## Introducción

La Fibromialgia (FM) se conoce desde hace más de 150 años con diferentes denominaciones como reumatismo muscular, fibrositis, neurastenia o incluso histeria. Fue Hench (1976) quién creó el término *Fibromialgia*, que posteriormente fue recogido por el *American College of Rheumatology* (ACR) (Wolfe et al., 1990) para establecer los criterios diagnósticos. En 1992 la Organización Mundial de la Salud (WHO) reconoce la FM, definida como una condición dolorosa, no articular, que envuelve los músculos, y es causa más común de dolor musculoesquelético crónico y generalizado, habiendo sido incluida en su última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.9, dentro de las enfermedades reumatológicas, no psiquiátricas; perdurando hasta la actualidad los criterios diagnósticos establecidos por la ACR, que son la existencia de dolor generalizado durante al menos tres meses, hipersensibilidad al dolor en 11 o más de 18 localizaciones específicas o punto gatillo, y también el diagnóstico diferencial o descarte de otras patologías causantes (García-Campayo et al., 2010). Recientemente, Wolfe et al. (2010) han propuesto nuevas variables diagnósticas a tener en cuenta en la FM como la disfunción cognitiva, el sueño no reparador y múltiples síntomas somáticos como constatan estudios actuales (González-Ramírez, García-Campayo y Landero, 2011), siendo definida en la actualidad por algunos autores como un “síndrome de naturaleza funcional” en ausencia de biomarcadores fiables (Álvarez y Traver, 2010).

Los estudios que han analizado la discapacidad funcional en personas con FM han evidenciado niveles entre moderados y al-

tos. En España, González-Ramírez et al. (2011) evidenciaron que las personas con FM presentan un grado de discapacidad alto obteniendo una puntuación media de 72,2 (rango 0-100) en una muestra de 165 pacientes. Este resultado es superior al encontrado por Mohamed, López y El Yousfi (2012) que con una muestra inferior (N= 80) obtienen una media de 60,90. En la misma línea, García-Bardón, Castel y Vidal (2006) encontraron que el 63% de personas con FM presentaban un impacto moderado de la FM; y en Canadá, Iverson, Le Page, Koehler, Shojania y Badii (2007) hallaron que el 72% de personas con FM sufren un nivel alto de discapacidad funcional.

Son pocos los estudios que han explorado las conexiones entre autoconcepto-autoestima y FM. Blumer y Heilbronn (1981) han destacado que las personas con FM tienen baja autoestima y dependencia excesiva de la aceptación y el reconocimiento de los demás. Sin embargo, estudios actuales concluyen que el nivel de autoestima no es tan bajo en las personas afectadas, ya que obtienen una puntuación media de 28 (rango 10-40) (González-Ramírez et al., 2011; Mohamed et al., 2012). Por su parte, Morea, Friend y Bennett (2008), estudian la variable “autoconcepto de enfermo”, señalando que influye significativamente en el afrontamiento de la FM.

Las conclusiones de la revisión realizada por Blumer y Heilbronn (1981) relacionan la FM con una personalidad perfeccionista, con amor por el orden, enfatizando la existencia de una tendencia de “sobrerealización” en los pacientes con esta enfermedad. Por otro lado, algunos investigadores han encontrado que las personas con FM, tienen una personalidad neurótica o emocionalmente poco estable, hallando me-

dian­te instrumen­tos como el Inven­tario de Personalidad NEO-PI-R y el Inven­tario de Personalidad de Eysenck (EPQ), altas pun­tuaciones en neuroticismo en las personas con FM comparando con las personas sin FM (Besteiro et al., 2008; Malt, Olafsson, Lund, y Urson, 2002; Satalino, 2009), y con otros síndromes de dolor crónico, como la artritis reumatoide (Besterio et al., 2008). Sin embargo, el estudio de Zautra et al. (2005) refuta la asociación entre FM y neuroticismo o inestabilidad emocional, al no encontrarse diferencias significativas entre personas con FM y personas sin FM, y personas con artritis y reuma. En la misma línea, Ríos y Zautra (2011) comparando personas con FM, personas con osteoartritis y personas con ambos síndromes, concluyen que son estas últimas las que obtienen puntuaciones más elevadas en neuroticismo. Respecto a la distorsión de la percepción subjetiva o “conducta de enfermo”, Besteiro et al. (2008), comparando una muestra de 60 personas con y sin FM, a través del Cuestionario de Orientación de Vida (OLQ), concluyen que las personas con FM tienen mayor distorsión subjetiva que las personas sin FM. La sobrevaloración de la enfermedad se ha considerado como una consecuencia del estado de ansiedad sensitiva o de la hipersensibilidad de las personas con FM, obteniendo un marcado perfil somático en comparación con personas sin FM y personas con dolor crónico (Pérez-Pareja, 2010), o por el mantenimiento de un patrón de enfermo por beneficios secundarios (Ehrlich, 2003).

Con esta contextualización, el presente estudio tuvo como objetivo comparar a personas con y sin FM en relación a las siguientes variables: 1) nivel de discapacidad funcional, dolor y agotamiento; 2) autoconcepto-autoestima, y 3) rasgos o

dimensiones de la personalidad (energía, afabilidad, tesón, estabilidad emocional, apertura mental). Con estos objetivos, y tomando como referencia los estudios previos, la presente investigación plantea 4 hipótesis: 1) Las personas con FM tendrán un nivel medio-alto de discapacidad funcional, dolor y agotamiento, y significativamente mayor que las personas sin FM; 2) Las personas con FM tendrán un nivel de autoconcepto y autoestima bajo y significativamente inferior que las personas sin FM; 3) Las personas afectadas por FM mostrarán similar perfil de personalidad que las que no tienen esta enfermedad, es decir, tendrán puntuaciones similares en grandes dimensiones de personalidad tales como energía, afabilidad, tesón, estabilidad emocional y apertura mental; y 4) Las personas con FM distorsionarán la imagen que tienen de sí mismas, en el sentido negativo (tendencia a dar una imagen desfavorable, destacar dificultades, o a presentar “conducta de enfermo”).

## Método

### Participantes

La muestra está configurada por 190 participantes, 140 afectados de FM (73,7%) y 50 no afectados (26,3%), entre 28 y 75 años ( $M=52,16$ ;  $DT=9,18$ ), 10 son varones (5,3%) y 180 mujeres (94,7%). Los participantes con diagnóstico de FM pertenecen a la Asociación Guipuzcoana de Fibromialgia y Astenia Crónica, llamada Bizibide. Para la selección de la muestra de afectados de FM, se invitó a todas las personas de la asociación a participar en este estudio por correo y telefónicamente. El único requisito que se pidió fue que hubieran sido diagnosticados de FM, y que presentaran el justificante médico correspondiente. Del

conjunto de los miembros de la asociación ( $N= 160$ ), el 87,5% participaron en el estudio ( $n= 140$ ). Para seleccionar la muestra de no afectados, se tomó como referencia las características socio-demográficas básicas (sexo, edad, ocupación laboral) de las personas afectadas de FM, y se seleccionó una muestra espejo de 50 personas no afectadas con características socio-demográficas homogéneas. Uno de los criterios de selección muestral del grupo de personas no afectadas fue la ausencia de otras patologías a nivel físico o psíquico.

Las frecuencias (F) y porcentajes (%) de participantes en función del sexo y de los 4 rangos de edad que contiene la muestra se presentan en la Tabla 1. Los participantes con FM ( $n= 140$ ) tenían edades entre 28 y 75 años ( $M= 52,51$ ;  $DT= 8,94$ ), 7 son varones (5%) y 133 mujeres (95%). Los participantes sin FM ( $n= 50$ ) tenían edades entre 29 y 75 años ( $M= 51,2$ ;  $DT= 9,83$ ), 3 son varones (6%) y 47 mujeres (94%). En la muestra de afectados por la FM (ver Tabla 1) las diferencias en función del sexo fueron significativas,  $\chi^2= 113,40$ ,  $p < .001$ , pero estas diferencias son habituales en los estudios llevados a cabo con personas con FM, en los que se constata un porcentaje

muy superior de mujeres frente a hombres con esta problemática. Entre los participantes con y sin FM, no se hallaron diferencias en función del sexo,  $\chi^2= 34,18$ ,  $p > .05$ , ni la edad,  $\chi^2= 0,074$ ,  $p > .05$ .

Además, se analizó si existían diferencias en la ocupación laboral de los participantes con y sin FM. Los resultados mostraron que de los afectados de FM un 19,5% actualmente no tienen una ocupación laboral, están de baja, jubilados o incapacitados; un 16,4% son amas de casa, y un 64,1% realizan distintas profesiones. En la muestra de los no afectados, un 9%, actualmente no tienen una ocupación laboral, un 13,6% son amas de casa, y un 77,4% realizan distintas profesiones. Como se puede observar en la muestra de afectados hay un porcentaje significativamente más alto de personas sin ocupación laboral, situación que se explica desde el impacto de la enfermedad ( $\chi^2= 26,33$ ,  $p < .05$ ).

### Instrumentos de Evaluación

Para evaluar las variables objeto de estudio se administraron 4 instrumentos de evaluación con garantías de fiabilidad y validez.

*FIQ. Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia* (Burckhardt, Clark y Bennet, 1994, adapt. Monterde, Salvat, Montull y Fernández-Ballart, 2004). Mide el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional y en la calidad de vida de las personas que la padecen. Evalúa el impacto de la FM en la capacidad física, en la posibilidad de realizar el trabajo habitual, es decir, el grado en que la FM afecta a la actividad habitual, síntomas físicos (dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez) y el estado emocional (ansiedad y depresión). Es un cuestionario multidimensional que mediante preguntas que hacen referencia a la semana anterior

**Tabla 1.** Sexo y rangos de edad de los participantes con y sin FM

|       | Con FM |      | Sin FM |    |
|-------|--------|------|--------|----|
|       | F      | %    | F      | %  |
| Varón | 7      | 5    | 3      | 6  |
| Mujer | 133    | 95   | 47     | 94 |
| 28-38 | 9      | 6,4  | 4      | 8  |
| 39-48 | 36     | 25,7 | 13     | 26 |
| 49-59 | 64     | 45,7 | 23     | 46 |
| 60-75 | 30     | 21,4 | 9      | 18 |



a la realización del test, valora los componentes del estado de salud que suelen estar más afectados en pacientes con FM. Consta de 10 ítems que permiten valorar la capacidad funcional del paciente mediante preguntas acerca de actividades relacionadas con la vida diaria (comprar, conducir, hacer la colada, etc.), y valorar el grado de dolor y agotamiento. En la adaptación española el valor del coeficiente de correlación intraclase total fue de .81. El S-FIQ mantuvo las propiedades de la versión original y se confirmó su adecuación como herramienta de medida en pacientes españoles con FM.

*LAEA. Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto* (Garaigordobil, 2011). El listado está compuesto por 57 adjetivos y se solicita al sujeto que valore en una escala de estimación de 0 a 4 (nada-mucho) en qué grado estos adjetivos le definen o describen su personalidad. Un estudio realizado con una muestra de 634 sujetos obtuvo un alpha de Cronbach de .92, y un coeficiente de Spearman-Brown de .83 (Garaigorodobil, Pérez y Mozaz, 2008). La fiabilidad test-retest obtenida con una muestra de 142 estudiantes universitarios y un intervalo de 40 días fue alta ( $r = .83$ ), evidenciando su estabilidad temporal. Para analizar la validez del LAEA, se realizaron correlaciones con otros instrumentos que miden el autoconcepto (AF-5, García y Musitu, 1999) obteniéndose correlaciones significativas positivas ( $r = .71$ ) que muestran una validez de constructo aceptable. Estudios de validez discriminante del LAEA con una muestra de 1.578 sujetos de 12 a 65 han confirmado las relaciones negativas entre el LAEA y síntomas psicopatológicos, y relaciones positivas con empatía, con inteligencia emocional, con rasgos de personalidad como amabilidad y responsabilidad (Garaigordobil, 2011).

*RSE. Escala de autoestima* (Rosenberg, 1965). Evalúa la autoestima general con 10 afirmaciones que aluden a sentimientos globales de autovaloración (en general estoy satisfecho conmigo mismo), 5 de los cuales están redactados en sentido positivo y 5 en sentido negativo. El sujeto debe leer las afirmaciones e informar en qué medida pueden ser aplicadas a él mismo, haciendo la valoración sobre una escala de tipo Likert con 4 categorías de respuesta (desde muy de acuerdo, a muy en desacuerdo). La fiabilidad de la prueba ha sido ampliamente documentada en la literatura. McCarthy y Hoge (1982) han informado de coeficientes de consistencia (alpha de Cronbach) que se sitúan entre .74 y .77, y de fiabilidad test-retest de .63 (intervalo de 7 meses) y de .85 (intervalo de 2 semanas). La validez de la escala como medida unidimensional de la autoestima ha sido también comprobada en varios estudios (Garaigorodobil et al., 2008; Rosenberg, 1965; Silber y Tippett, 1965).

*BFQ. Cuestionario de los Cinco Grandes Factores* (Caprara, Barbaranelli, y Borgogni, 1993). Evalúa 5 grandes factores o dimensiones de la personalidad y 10 subdimensiones implícitas en estos: 1) Energía (dinamismo, dominancia); 2) Afabilidad (cooperación-empatía, cordialidad-amabilidad); 3) Tesón (perseverancia, escrupulosidad); 4) Estabilidad Emocional (control de emociones, control de impulsos); y 5) Apertura mental (apertura a la cultura, apertura a la experiencia). Contiene 132 afirmaciones, y la persona debe informar en qué medida pueden aplicarse a sí misma los contenidos de las mismas, utilizando una escala de Likert de 5 puntos (1 completamente falso para mí - 5 completamente verdadero para mí). Los resultados de estudios

psicométricos con la adaptación española del BFQ y estudios transculturales evidencian su fiabilidad y validez. Con la muestra española los coeficientes alpha fueron adecuados (energía .75, afabilidad .73, tesón .79, estabilidad emocional .87, apertura mental .76). En la validez interna, los estudios que analizan la estructura factorial evidencian altos índices de congruencia en el contraste con las soluciones factoriales aisladas en grupos cultural y lingüísticamente distintos. Los factores extraídos coinciden significativamente con las escalas definidas teóricamente (Caprara et al., 1993).

### Diseño y Procedimiento

Después de seleccionar la muestra, se procedió a la administración de las pruebas a las 140 personas afectadas de FM. La duración de evaluación fue de 2 horas aproximadamente, realizando varios descansos en el proceso de la misma. Los participantes con FM, fueron distribuidos al azar en grupos de 10-15 personas, y los miembros del equipo investigador entregaron los cuestionarios estando a disposición de los participantes para resolver las dudas que pudieran surgir en la cumplimentación de los mismos. Posteriormente, tras seleccionar a la muestra espejo, se realizó la administra-

ción a 50 personas no afectadas de FM, con el mismo procedimiento de evaluación. El estudio cumplió los valores éticos requeridos en la investigación con seres humanos respetando los principios fundamentales incluidos en la Declaración de Helsinki, en sus actualizaciones, y en las normativas vigentes (consentimiento informado y derecho a la información, protección de datos personales y garantías de confidencialidad, no discriminación, gratuidad y posibilidad de abandonar el estudio en cualquiera de sus fases). El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 18.0.

## Resultados

### Discapacidad funcional en participantes con y sin FM

Para explorar si existen diferencias significativas en discapacidad funcional, dolor y agotamiento, entre los participantes con y sin FM, en primer lugar, se realizó un análisis de varianza multivariado (MANOVA), con las puntuaciones obtenidas en todas las variables del FIQ. Los resultados del MANOVA, Lambda de Wilks,  $\Lambda = .280$ , indicaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones,  $F(3,185) = 158,86$ ,  $p < .001$ , siendo la magnitud del efecto grande ( $\eta^2 =$

**Tabla 2.** Media, desviación típica y análisis de varianza en discapacidad funcional, dolor y agotamiento de los participantes con y sin FM

|                              | Participantes con FM<br>(n= 140) |       | Participantes sin FM<br>(n= 50) |       | F(1, 188)  |
|------------------------------|----------------------------------|-------|---------------------------------|-------|------------|
|                              | M                                | DT    | M                               | DT    |            |
| Grado discapacidad funcional | 74,34                            | 13,81 | 25,54                           | 16,13 | 414,41 *** |
| Grado de dolor               | 8,11                             | 1,69  | 2,29                            | 1,81  | 412,66 *** |
| Grado de agotamiento         | 8,72                             | 1,65  | 4,14                            | 2,43  | 214,24 *** |

\*\*\*  $p < .001$

.720,  $r = .84$ ). Tras comprobar los supuestos básicos (normalidad, homocedasticidad...), se procedió a realizar un análisis de varianza del grado de discapacidad funcional, de dolor y de agotamiento de los participantes con y sin FM, cuyos resultados se presentan en la Tabla 2.

Los resultados (ver Tabla 2) permiten observar una puntuación media significativamente superior en el grado de discapacidad funcional en los participantes con FM ( $M = 74,34$ ), versus sin FM ( $M = 25,54$ ) (rango de puntuación 0-100). Respecto al grado de dolor, también se observa una puntuación media significativamente superior en las personas afectadas con FM ( $M = 8,11$ ), frente a los que no tienen esta enfermedad ( $M = 2,29$ ) (rango de puntuación 0-10). Y en la misma dirección apuntan los resultados sobre el grado de agotamiento en el que también se evidencia una puntuación media significativamente superior en los participantes con FM ( $M = 8,72$ ), frente a los participantes sin FM ( $M = 4,14$ ) (rango de puntuación 0-10).

### Autoconcepto y autoestima en participantes con y sin FM

Con la finalidad de comparar el nivel del autoconcepto y la autoestima en las personas con y sin FM se realizan análisis des-

criptivos y de varianza (ANOVA) con los datos obtenidos con el LAEA y el RSE, cuyos resultados se presentan en la Tabla 3.

Tal y como se puede observar (ver Tabla 3), las puntuaciones en el autoconcepto de los participantes con FM ( $M = 150,08$ ), y sin FM ( $M = 146,44$ ) son similares. Sin embargo, en autoestima se encuentran puntuaciones significativamente inferiores en los participantes con FM ( $M = 29,06$ ), frente a los que no tienen esta enfermedad ( $M = 30,86$ ). No obstante, teniendo en cuenta los baremos elaborados con muestra española en ambas pruebas (Garaigordobil, Pérez, y Mozaz, 2008), el nivel de autoconcepto en ambas condiciones está dentro del promedio, mientras que el nivel de autoestima de los participantes con FM es ligeramente bajo (percentil 25), y el de los participantes sin FM está dentro del promedio.

### Rasgos de personalidad en participantes con y sin FM

Para explorar si existe un perfil de personalidad específico de las personas con FM, se analizó si existen diferencias significativas en rasgos o dimensiones de la personalidad entre los participantes con y sin FM, en primer lugar, se realizó un análisis de varianza multivariado (MANOVA), con las puntuaciones obtenidas en todas las variables del

**Tabla 3.** Media, desviación típica y análisis de varianza en autoconcepto y autoestima en participantes con y sin FM

|              | Participantes con FM<br>( $n = 140$ ) |           | Participantes sin FM<br>( $n = 50$ ) |           | $F(1, 188)$ |
|--------------|---------------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|-------------|
|              | <i>M</i>                              | <i>DT</i> | <i>M</i>                             | <i>DT</i> |             |
| Autoconcepto | 150,08                                | 27,70     | 146,44                               | 21,69     | 0,70        |
| Autoestima   | 29,06                                 | 4,52      | 30,86                                | 3,64      | 6,37 *      |

\*  $p < .05$

BFQ analizadas globalmente. Los resultados del MANOVA, Lambda de Wilks,  $\Lambda = .770$ , indicaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones,  $F(16, 173) = 3,23, p < .001$ , siendo la magnitud del efecto media ( $\eta^2 = .230, r = .47$ ). Posteriormente, se realizaron análisis descriptivos y univariantes cuyos resultados se presentan en la Tabla 4.

Los resultados de los análisis de varianza (ver Tabla 4), evidencian diferencias significativas entre los participantes con y sin FM en 4 variables de personalidad. En cooperación-empatía (comprensión de los problemas y necesidades de los demás y

la cooperación con ellos), se observa una puntuación significativamente superior en participantes con FM ( $M = 45,58$ ) versus sin FM ( $M = 43,8$ ). En escrupulosidad (meticulosidad, amor por el orden), también se evidencia una puntuación significativamente superior en los afectados por FM ( $M = 41,89$ ), frente a los participantes sin FM ( $M = 39,00$ ). Sin embargo, en control de las emociones (control de los estados de tensión asociados a experiencias emotivas), se observa una puntuación significativamente inferior en las personas con FM ( $M = 27,61$ ), frente a las que no tienen FM ( $M = 34,2$ ). Y en el factor estabilidad emocional

**Tabla 4.** Media, desviación típica y análisis de varianza en rasgos de personalidad en participantes con y sin FM

|                       | Participantes con FM<br>( <i>n</i> = 140) |           | Participantes sin FM<br>( <i>n</i> = 50) |           | <i>F</i> (1, 188) |
|-----------------------|---|-----------|--|-----------|-------------------|
|                       | <i>M</i>                                  | <i>DT</i> | <i>M</i>                                 | <i>DT</i> |                   |
| Dinamismo             | 38,85                                     | 7,27      | 38,38                                    | 6,36      | 0,164             |
| Dominancia            | 31,86                                     | 5,50      | 30,90                                    | 5,12      | 1,172             |
| Energía               | 70,95                                     | 9,22      | 69,28                                    | 9,22      | 1,208             |
| Cooperación-Empatía   | 45,58                                     | 5,37      | 43,8                                     | 4,36      | 4,42 *            |
| Cordialidad           | 40,74                                     | 5,89      | 40,04                                    | 6,89      | 0,47              |
| Afabilidad            | 86,46                                     | 9,01      | 83,96                                    | 10,39     | 2,61              |
| Escrupulosidad        | 41,89                                     | 6,88      | 39,00                                    | 8,22      | 5,82 *            |
| Perseverancia         | 40,96                                     | 6,86      | 40,56                                    | 6,26      | 0,13              |
| Tesón                 | 82,79                                     | 11,09     | 80,08                                    | 11,32     | 2,16              |
| Control Emociones     | 27,61                                     | 7,13      | 34,2                                     | 7,07      | 31,54 ***         |
| Control Impulsos      | 29,75                                     | 7,87      | 32,22                                    | 7,37      | 3,74              |
| Estabilidad emocional | 57,5                                      | 13,72     | 66,42                                    | 13,21     | 15,85 ***         |
| Apertura cultura      | 37,84                                     | 6,43      | 38,92                                    | 7,16      | 0,98              |
| Apertura experiencia  | 38,71                                     | 5,94      | 38,20                                    | 5,57      | 0,27              |
| Apertura mental       | 76,42                                     | 10,57     | 76,98                                    | 10,34     | 0,10              |
| Distorsión            | 30,10                                     | 6,95      | 28,52                                    | 5,42      | 2,11              |

\*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

(ansiedad, vulnerabilidad, emotividad e impulsividad), se constata una puntuación significativamente inferior en los participantes con FM ( $M= 57,5$ ), frente a los participantes sin FM ( $M= 66,42$ ). En el resto de los rasgos no se observan diferencias estadísticamente significativas. Excepto en control de emociones que la puntuación es baja, en el resto de las variables de personalidad las puntuaciones de las personas con FM están dentro del promedio.

Por otro lado, en la escala de *Distorsión*, que valora la tendencia a ofrecer un perfil falseado o sesgado de uno mismo, en sentido positivo (tendencia a ofrecer una imagen positiva y a negar las limitaciones), y en sentido negativo (tendencia a dar una imagen desfavorable, destacar dificultades, o a presentar “conducta de enfermo”), no se encontraron diferencias significativas entre ambas condiciones (con y sin FM).

## Discusión

El estudio tuvo como objetivo comparar el nivel de discapacidad funcional, de dolor y agotamiento, el autoconcepto-autoestima, y diversos rasgos o dimensiones de personalidad en personas con y sin FM. En primer lugar, los resultados han evidenciado que las personas con FM tienen un nivel significativamente superior de discapacidad funcional, de dolor y de agotamiento respecto a las personas que no padecen esta enfermedad, lo que ratifica la hipótesis 1. Los datos ponen de relieve un alto nivel de discapacidad funcional para desarrollar las actividades cotidianas, así como un alto grado de dolor y de agotamiento. Estos resultados confirman los obtenidos en otros trabajos (González-Ramírez et al., 2011; Mohamed et al., 2012) que han evidenciado que las personas con FM presentan

un grado de discapacidad entre moderado-intenso y alto (entre 59 y 80 sobre 100). En relación al grado de dolor, los resultados de nuestro estudio muestran puntuaciones algo superiores ( $M= 8,11$ ) que los evidenciados en el trabajo de Collado et al. (2001) que hallaron una puntuación media de 7,4. Y respecto al agotamiento, Collado et al. (2001) obtienen un nivel medio de 6,3, también algo inferior al obtenido en nuestro trabajo ( $M= 8,72$ ). El hecho de que todos los estudios revisados confirmen el carácter discapacitante de esta enfermedad, contrasta con el hecho de que en España y otros muchos países no esté reconocida como tal, existiendo un desamparo legal al respecto, y haciendo necesaria la figura del psicólogo en el ámbito legal, en concreto en la valoración del impacto de la enfermedad en la calidad de vida de las personas afectadas.

En segundo lugar, los resultados han evidenciado que las personas con FM comparadas con las que no tienen esta enfermedad tienen un nivel similar de autoconcepto. Sin embargo, las personas con FM muestran significativamente un nivel ligeramente bajo de autoestima e inferior que los que no tienen esta enfermedad, por lo que la hipótesis 2 no se confirma completamente, ya que se había hipotetizado que manifestarían también bajo autoconcepto. Por lo tanto, en la autovaloración cognitiva (autoconcepto) las personas con y sin FM muestran similar autoimagen, sin embargo, en una autovaloración más afectiva (autoestima) muestran un nivel inferior respecto a los que no padecen esta enfermedad, lo que implica una afectación emocional que podría estar relacionada con los niveles inferiores de estabilidad y control emocional observados en el BFQ. Estos resultados apuntan en la misma dirección que los obtenidos por González-

Ramírez et al. (2011), y Mohamed et al. (2012) que hallaron un nivel bajo-moderado de autoestima en las personas con FM. Sin embargo, contradicen lo planteado por Blumer y Heilbronn (1981) que subrayan la existencia de un nivel bastante bajo de autoestima. Quizás las discrepancias pueden ser explicadas por el hecho de que el trabajo de Blumer y Heilbronn (1981) es una revisión de estudios, en los que no todos comparan la autoestima de las personas con y sin FM, o por la heterogeneidad de los instrumentos de evaluación administrados que dificulta comparar los resultados.

En tercer lugar, los resultados han puesto de relieve que las personas con FM, comparadas con las que no tienen FM, tienen significativamente una capacidad superior de cooperación-empatía (comprensión de los problemas y necesidades de los demás, conductas de cooperación), y de escrupulosidad (meticulosidad, amor por el orden), mientras que muestran un nivel significativamente inferior de control de emociones (control de los estados de tensión asociados a experiencias emotivas), y de estabilidad emocional (control de la ansiedad, la emotividad y la impulsividad). No obstante, hay que destacar que teniendo en cuenta los baremos de la prueba, excepto en control de emociones, las puntuaciones en estos rasgos están dentro del promedio, no constituyendo las diferencias encontradas entre participantes con y sin FM, indicadores de morbilidad en la personalidad de los afectados con FM. En el resto de rasgos de personalidad no se hallan diferencias significativas, apreciándose en general un perfil similar en los participantes con y sin FM. Por consiguiente, la hipótesis 3 se confirma casi en su totalidad, ya que las personas con y sin FM muestran similar nivel de energía,

afabilidad, tesón, y apertura mental. Únicamente, en contra de lo hipotetizado, las personas con FM han mostrado bajo nivel de control emocional.

Gran parte de la literatura relaciona la FM con una personalidad perfeccionista, ordenada (Blumer y Heilbronn, 1981) y los resultados obtenidos en nuestro estudio confirman que las personas con FM significativamente son más meticulosas y les gusta el orden. Además, los resultados del estudio apuntan en la misma dirección que otras investigaciones que han hallado menor estabilidad emocional en las personas con FM (Besteiro et al., 2008; Malt et al., 2002). No obstante, en el presente estudio la puntuación en estabilidad emocional, aunque inferior a las personas sin FM, está dentro del promedio, por lo que no cobra relevancia como factor disfuncional en la FM, lo que coincide con los hallazgos del estudio de Zautra et al. (2005). A pesar de las diferencias encontradas, cabe destacar que las tendencias son similares en ambos grupos, no apreciándose un perfil de personalidad diferencial entre ambos, lo que implica el descarte de una personalidad mórbida como etiología de esta enfermedad, y la prudencia a la hora de catalogar a las personas afectadas como enfermos psiquiátricos, y centrar el tratamiento en el afrontamiento de la FM, utilizando todos los recursos positivos que conservan muchas de las personas afectadas.

Finalmente, los resultados no han evidenciado en las personas con FM indicios de sesgo o tendencia a ofrecer un perfil falso de sí mismas, en sentido negativo (tendencia a dar una imagen desfavorable, destacar dificultades, o presentar “conducta de enfermo”), lo que refuta la hipótesis 4. Respecto a la existencia de sesgo o ten-

dencia a ofrecer un perfil falseado, como enfermo, algunos autores (Besteiro et al., 2008; Ehrlich, 2003; Pérez-Pareja 2010) postulan la presencia de puntuaciones más altas en distorsión de la percepción subjetiva, o “conducta de enfermo” en las personas con FM; sin embargo, los resultados de nuestro estudio no evidencian indicios de distorsión en las personas con FM. En consecuencia, la hipótesis de la conducta de enfermo o del beneficio secundario no se sustenta como fenómeno característico en las personas con FM.

Quizás las discrepancias en los resultados pueden deberse a los distintos instrumentos de evaluación utilizados en las diferentes investigaciones (BFQ, MMPI, NEO...), o a la diferencial interpretación de los resultados, ya que las puntuaciones que se han obtenido en la mayor parte de los rasgos de personalidad de los participantes con y sin FM están dentro del promedio; por lo tanto, en contra de lo postulado por Blumer y Heilbronn (1981), se descarta la existencia de un patrón de personalidad proclive al dolor en las personas con FM, aunque algunos rasgos que se hallan más acentuados en éstas (por ejemplo, escrupulosidad), si pueden incidir en la evolución y afrontamiento de la enfermedad que padecen, pero no constituyen su etiología. Respecto a la conducta de enfermo por beneficios secundarios económicos, si bien es cierto que un porcentaje inferior al 45% de personas afectadas reciben algún tipo de ayuda o prestación debido a la enfermedad, el balance total de su economía, teniendo en cuenta los gastos derivados de su estado, resulta bastante negativo para la mayor parte de los afectados. Así, el 81,4% de las personas con FM refiere que su economía y nivel de vida ha empeorado, o que han su-

frido dificultades económicas a raíz de padecer la FM debido a los gastos derivados de los fármacos, los tratamientos recibidos, y por no poder mantener su actividad laboral, lo que lejos de suponer un beneficio económico, supone un menoscabo en la vida de los afectados, siendo la hipótesis del beneficio secundario poco factible en la mayor parte de los casos estudiados.

El estudio aporta información proveniente de la comparación de datos de las personas afectadas con un grupo normativo o de personas sin FM, aspecto ausente en muchos estudios previos. Entre las principales aportaciones e implicaciones del estudio cabe destacar el haber ratificado el carácter incapacitante de la FM, que contrasta con la falta de su reconocimiento, lo que sitúa a las personas afectadas en una situación de desamparo legal y social, y hace necesaria la figura del psicólogo tanto en la divulgación de la enfermedad, como en la prevención de la victimización de las personas afectadas. Además, se ha encontrado una afectación emocional en las personas con FM, que presentan menor autoestima y bajo control de emociones respecto a las personas no afectadas, lo que implica la necesidad de tratar desde un enfoque multidisciplinar a las personas afectadas, incluyendo la intervención psicológica.

Entre las limitaciones del estudio cabe destacar: 1) la escasez de varones en la muestra que impide controlar determinadas variables sociodemográficas fundamentales en el estudio de la personalidad, como el sexo y la edad; 2) la diferencia entre el tamaño de la muestra con y sin FM, lo que sugiere matizar las conclusiones extraídas; 3) la naturaleza transversal del estudio que no permite conocer la evolución de las personas afectadas, tanto en su capacidad fun-

cional, como en su personalidad a través del tiempo, y a su vez en relación a otros síndromes de dolor crónico; y 4) el uso de autoinformes con el sesgo de deseabilidad que implican.

Como líneas futuras de investigación se proponen: 1) la realización de estudios longitudinales para conocer la evolución de las personas afectadas, 2) la comparación de los resultados obtenidos con una muestra de personas afectadas por otros síndromes de dolor crónico; y 3) la aplicación y evaluación de tratamientos dirigidos a mejorar el afrontamiento y el impacto de la enfermedad, utilizando enfoques multidisciplinares que aborden tanto aspectos médicos, como psicológicos, actividad física, ocupacional, etc.

## Referencias

- Álvarez, T., y Traver, F. (2010). Una visión psiconeuroinmunológica de la fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 15*(3), 149-163.
- Besteiro, J., Álvarez, M., Lemos, S., Muñoz, J., Costas, C., y Weruaga, A. (2008). Personality dimensions, sense of coherent and perceived health status in patients with fibromyalgia syndrome. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*(2), 411-427.
- Blumer, D., y Heilbronn, M. (1981). The pain-prone disorder: A clinical and psychological profile. *Psychosomatics, 22*, 395-397.
- Burckhardt, C., Clark, S., y Bennet, R. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. *Journal of Rheumatology, 18*, 728-733.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., y Borgogni, L. (1993). *BFI. Cuestionario de los Cinco Grandes Factores*. Madrid: TEA. (adaptación española de José Bermudez)
- Collado, A., Torres, X., Arias, A., Cerdá, D., Vilarrasa, R., Valdés, M., y Muñoz, J. (2001). Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Medicina Clínica, 117*, 401-405.
- Ehrlich, G.E. (2003). Pain is real, Fibromialgia isn't. *The Journal of Rheumatology, 30*, 1666-1667.
- Garaigordobil, M. (2011). *LAEA. Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos*. Madrid: TEA.
- Garaigordobil, M., Pérez, J. I., y Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema, 20*(1), 114-123.
- García, F., y Musitu, G. (1999). *AF-5. Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- García-Bardón, V., Castel, B., y Vidal, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica, 2*(1), 38-43.
- García-Campayo, J., Alegre, C., Tomás, M., Gómez Argüelles, J. M., Blanco, E., Gobbo, M., Pérez Martín, A., Martínez Salio, A., Vidal, J., Altarriba, E., y Gómez de la Cámara, A. (2010). Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría, 38*(2), 108-120.
- González-Ramírez, M., García-Campayo, J., y Landero, R. (2011). El papel de la teoría transaccional del estrés en el desarrollo de la fibromialgia: un modelo de ecuaciones estructurales. *Actas Españolas de Psiquiatría, 39*(2), 81-7.
- Hench, P. K. (1976). Nonarticular rheumatism, twenty-second rheumatism review: Review of the American and English literature for the years 1973 and 1974. *Arthritis and Rheumatism, 19*, 1081-1089.
- Iverson, G. L., Page, J. L., Koehler, B. E., Shojania, K., y Badii, M. (2007). Test of memory malingering (TOMM) scores are not affected by chronic pain or depression in patients with fibromyalgia. *Clinical Neuropsychology, 21*(3), 532-546.
- Malt, E. A., Olafsson, S., Lund, A., y Urson, H. (2002). Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders, 3*, 12.
- McCarthy, J. D., y Hoge, D. R. (1982). Analysis of age effects in longitudinal study of adolescent self-esteem. *Developmental Psychology, 18*, 372-379.
- Mohamed, K., López, C. J., y El Yousfi, M. (2012). Protocolo de Evaluación Psicosocial para Enfermas de Fibromialgia. *Trances, 4*(2), 2331-246.
- Monterde, S., Salvat, I., Montull, S., y Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión Española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología, 31*(9), 507-513.
- Morea, J., Friend, R., y Bennett, R. (2008). Conceptualizing and measuring illness self-concept: A comparison with self-esteem and optimism in predicting fibromyalgia adjustment. *Research in Nursing and Health, 31*(6), 563-575.



Pérez-Pareja, J., Sese, A., Gonzalez-Ordi, H., y Palmer, A. (2010). Fibromyalgia and chronic pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 41-56.

Ríos, R., y Zautra, A. (2011). Socioeconomic Disparities in Pain: The Role of Economic Hardship and Daily Financial Worry. *Health Psychology*, 30(1), 58-66.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Satalino, A. (2009). Personality traits, perceived stress, and coping styles in patients with chronic lyme disease and fibromyalgia. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences and Engineering*, 69(11-B), 7149.

Silber, E., y Tippett, J. (1965). Self-esteem: clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16, 1017-1071.

WHO. World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10*. Geneva: Author. [Organización Mundial de la Salud OMS (2002). *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Madrid: Meditor]

Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Katz, R.S., y Mease, P. (2010). The American collage of rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62, 600-610.

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennet, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwel, P., Campbell, S. M., Abeles, M., y Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheumatology*, 33, 160-172.

Zautra, A., Fasman, R., Reich, J., Harakas, P., Johnson, L., Olmsted, M., y Davis, M. (2005). Fibromyalgia: evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 147-155.

Fecha de recepción: 12/04/2013

Fecha de aceptación: 25/11/2013

# VARIABLES PSICOLÓGICAS POSITIVAS EN PACIENTES CON CÁNCER

Cerezo Guzmán, M<sup>a</sup> Victoria

Doctora por la Universidad de Málaga.

Departamento de Psicología y Metodología de la Investigación en las Ciencias del Comportamiento.

## resumen/abstract:

La psicología positiva está emergiendo en la investigación actual y en este artículo se pretende hacer un recorrido por algunas de las variables contempladas desde esta perspectiva: bienestar, emociones positivas, inteligencia emocional, optimismo, resiliencia y autoestima. Se ha destacado la relación existente entre cada una de dichas variables en una población cada vez más numerosa: los pacientes oncológicos. Los resultados de las distintas investigaciones convergen en los beneficios de explorar y fomentar la salud positiva a través de intervenciones psicológicas específicas, de forma que se les pueda ayudar a mejorar aspectos relevantes para su salud tales como su estado de ánimo, incrementar la calidad de vida, disminuir el distrés emocional, o facilitar estrategias de afrontamiento más adaptativas a los pacientes oncológicos.

*Positive psychology is currently emerging in research. This is the reason why it has been checked a group of variables considered in this perspective: wellbeing, positive emotions, emotional intelligence, optimism, resilience and self-esteem. It has been highlighted the relationship between each of these variables in an increasingly large population: cancer patients. The results of the various investigations converge on the benefits of exploring and promoting positive health through specific psychological interventions, so that they can help to improve health relevant aspects such as mood, increase quality of life, reduce emotional distress, or facilitate more adaptive coping strategies for cancer patients.*

## palabras clave/keywords:

psicología positiva, pacientes oncológicos, optimismo, inteligencia emocional  
*positive psychology, cancer patients, optimism, emotional intelligence*

## Introducción

La psicología positiva es una rama de la psicología de reciente aparición que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano. El estudio de la patología y la debilidad del ser humano ha sido el foco casi distintivo durante muchos años de la

psicología, sesgando el estudio de la mente humana a su parte más patogénica y olvidando por tanto, que el ser humano también tiene características positivas como el optimismo, la creatividad, el sentido del humor o la ilusión, entre muchas otras cualidades y fortalezas, que le ayudan a adaptarse a cada situación y convertirse en un ser con posibilidades y éxitos (Seligman y

Csikszentmihalyi, 2000). Se pueden encontrar antecedentes de la psicología positiva en filósofos como Aristóteles (que dedicó parte de sus escritos a la *eudaimonia*, término griego habitualmente traducido como felicidad), pero también en psicólogos como Abraham Maslow o Carl Rogers, pertenecientes a la corriente de la psicología humanista. El objetivo de la psicología positiva es conseguir que las personas podamos valorar las experiencias pasadas como satisfactorias, manteniendo la esperanza y el optimismo hacia el futuro, mientras en el presente apreciamos la felicidad a la vez que nos dejamos fluir (*flow*) (Peterson, Park y Seligman, 2006; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Los investigadores dedicados a la prevención en el ámbito de la salud descubrieron que hay fortalezas humanas que actúan como amortiguadores contra la enfermedad mental: el coraje, el optimismo, las habilidades interpersonales, la fe, la esperanza, la honestidad, la perseverancia, la autoconsciencia y la capacidad de fluir, por nombrar algunos (Peterson et al., 2006). Y centrándonos en la salud, desde este enfoque psicológico también se vislumbra de la mano de Seligman (2008) un nuevo término: *salud positiva*, paralelo a la psicología positiva, que se describe como un estado más allá de la mera ausencia de enfermedad y que puede practicarse. De ser así, lograr el bienestar, evitar el sufrimiento, tener propósitos, relaciones y emociones positivas, ser optimistas, etc., serían nuestras mejores armas para evitar un trastorno mental (Hou, Law y Fu, 2010; Peterson et al., 2006; Pressman y Cohen, 2005). Según Seligman (2008), la salud mental se asienta en emociones positivas, compromiso, propósito, relaciones positivas y logros positivos, siendo algo más que la ausencia de enferme-

dad mental. La salud mental, además de ser cuantificable, predice la ausencia de depresión, produce mayor rendimiento y mejor salud física. Por tanto, tener salud física o mental positiva ("*salud positiva*") nos protege de enfermedades, gracias al fuerte vínculo existente entre la psicología positiva (bienestar, optimismo y otras emociones positivas) y el estado de salud. Diversas investigaciones han concluido que las personas con salud positiva viven más, producen menos gastos en salud; o en caso de tener una enfermedad, tienen un mejor pronóstico (Cohen, Alper, Doyle, Treanor y Turner, 2006; Cohen y Pressman, 2006; Kubzhansky y Thurston, 2007; Seligman, 2008).

Algunas de las variables más estudiadas dentro de la psicología positiva con pacientes oncológicos a tratar en este artículo son: el bienestar, la inteligencia emocional, el optimismo, la resiliencia o la autoestima.

## Bienestar y cáncer

Conocer en profundidad las bases que sustentan el bienestar es un objetivo de gran importancia, no solo porque puede permitir que cada vez haya personas más satisfechas consigo mismas, sino que también las emociones positivas y la felicidad están asociadas a múltiples beneficios: mejor salud, mejores relaciones sociales, mejor rendimiento laboral, incluso mayor tendencia a beneficiar a otros (Lyubomirsky, King y Diener, 2005). En psicología se suele considerar el bienestar como un sinónimo de felicidad, con el que podemos valorar los aspectos cognitivos y afectivos de manera más amplia (Diener, 2009; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; Fierro, 2006; Vázquez y Hervás, 2008). Se podría decir que el bienestar de una persona sería la valoración positiva de su vida, basada tanto en la congruencia entre sus aspiraciones y

logros alcanzados (componente cognitivo), como en presentar un estado emocional y afectivo óptimo (componente afectivo). Al mismo tiempo, la percepción de ausencia de bienestar, consistiría en una valoración negativa de la vida, producto de la incongruencia entre expectativas y logros, así como el predominio de emociones y afectos displacenteros (Fierro, 2006, 2008).

De entre los factores personales que podemos contemplar, nada afecta tanto a la vida feliz como la salud física. Eso no obsta a que personas con poca salud física, o seriamente afectadas por una discapacidad, muestren una vitalidad envidiable, como por ejemplo, el conocido físico Stephen Hawking. Si la salud física refleja nuestro nivel de bienestar o felicidad, ni que decir tiene que la salud mental también se ve muy condicionada a ésta (Fierro, 2009).

Los estudios que tratan del bienestar y la felicidad en cáncer suelen estar relacionados con intervenciones psicológicas con las que se pretende conseguir mejorar el estado de bienestar de los participantes, desde los distintos enfoques, técnicas, o variables estudiadas (Cameron, Booth, Schlatter, Ziginskas y Harman, 2007; Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal, 2009 a,c; Font y Rodríguez, 2007; Iwamitsu et al., 2005). En los estudios con pacientes oncológicos se ha encontrado, de manera global, que la felicidad se relaciona positivamente con una adecuada reparación emocional (Cerezo y Ortiz-Tallo, 2007) y mejor calidad de vida (Carver et al., 2005; Novoa, Vargas, Obispo, Pertuz y Rivera, 2010; García-Viniegras y González, 2007), destacando la necesidad de que las estrategias de atención sanitaria a los pacientes con cáncer incluyan elementos clínico-psicológicos que promuevan una mejoría del bienestar psicológico de estos pacientes.

## Emociones positivas y cáncer

Por otro lado, se sabe que las emociones positivas generan adaptabilidad, pueden prevenir la aparición de enfermedades (el resfriado común o la gripe) y complicaciones en enfermedades más graves (en los accidentes cerebrovasculares o las tasas de mortalidad en los ancianos); además, pueden reducir el dolor, incrementando su umbral debido al efecto analgésico de la liberación de opiáceos endógenos asociados a las emociones positivas (Cohen et al., 2006; Cohen y Pressman, 2006; Fredrickson, 1998; Pressman y Cohen, 2005; Seligman, 2008), demostrando también su efecto positivo en las personas con cáncer (Bozo, Gündođdu y Büyükasik-Çolak, 2009; Hou et al., 2010). Experimentar emociones positivas tales como la alegría, entusiasmo, orgullo, satisfacción, gratitud, esperanza, admiración, humor, etc., lleva a estados mentales y modos de comportamiento que de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar con éxito las dificultades y adversidades venideras (Fredrickson, 2003; Hou et al., 2010). Las emociones positivas pueden ser el medio para solventar muchos de los problemas que generan las emociones negativas, nos sirven para conseguir sobreponernos a momentos difíciles y salir fortalecidos de ellos; pueden guiarnos hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento, de forma que se transforman en verdaderas armas para afrontar problemas. La alegría, el amor, el orgullo, la complacencia, etc., aunque sean fenomenológicamente distintas entre sí, comparten muchas propiedades, ya que mejoran el pensamiento y la acción, fomentan el desarrollo y crecimiento personal, mantienen y mejoran los recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momen-

tos futuros de crisis o adversidad, generan habilidades psicológicas que permiten descubrir y crear posibilidades, y desarrollan habilidades sociales adecuadas para generar vínculos entre personas y aprendizaje de conductas de ayuda (Vecina, 2006). Y en cuanto a los pacientes de cáncer, se demuestra que los afectos positivos les aportan beneficios teniendo mejores hábitos de consumo y de autocuidado, mejor calidad y cantidad de sueño y practicando más ejercicio físico (Lyubomirsky et al., 2005; Vázquez y Castilla, 2007).

### **Inteligencia emocional y cáncer**

Otra variable a considerar desde la psicología positiva es la inteligencia emocional: habilidad para procesar la información, para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y las de los demás, promoviendo el crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997). Se ha observado que la inteligencia emocional correlaciona positivamente con liderazgo y con autoestima, así como negativamente con ansiedad, se asocia a mayor capacidad de respuesta a estimulación afectiva negativa, así como a una recuperación de la misma más rápida (Smith et al., 2011). Esto indica que niveles adecuados de inteligencia emocional se asocian a menor deterioro psicológico causado por acontecimientos vitales estresantes o experiencias traumáticas, es decir, que la inteligencia emocional modera significativamente el impacto del estresor (Mikolajczak, Petrides, Coumans y Luminet, 2009). El metaanálisis que relaciona inteligencia emocional y salud muestra que la inteligencia emocional es un fuerte predictor de buena salud, siendo más evidente esta relación en las mujeres (Martins, Ramalho y Morin, 2010). En cuanto a los estudios

con pacientes oncológicos, esa asociación se corrobora, ya que también es un fuerte predictor de la adaptación psicológica en pacientes diagnosticados de cáncer. Concretamente, los pacientes con cáncer urológico con adecuada inteligencia emocional mostraron menores estados de ansiedad, menos preocupación y mayor apoyo social percibido (Smith et al., 2011). En pacientes con cáncer de mama, la inteligencia emocional se relaciona con bienestar personal, por tanto, debe trabajarse eficientemente para que se convierta en una capacidad estable (Cerezo et al., 2007, 2009 a,b,c).

### **Optimismo y cáncer**

Dentro de las variables psicológicas positivas también se encuadra el optimismo. El optimismo es una característica disposicional de personalidad que media entre los acontecimientos externos y la interpretación personal que hacemos de ellos, es la tendencia a esperar que el futuro nos depare resultados favorables, el valor que nos ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, descubriendo lo positivo de las personas y las circunstancias, y que nos hace confiar en nuestras capacidades y posibilidades junto con la ayuda que podamos recibir (Avia y Vázquez, 1998; Scheier y Carver, 1993). Las diferencias entre las personas optimistas y pesimistas tienen que ver con la forma de relacionarse con el mundo y la importancia o impacto que esto tiene en sus vidas. Estas personas difieren en la forma de afrontar los problemas y adversidades, difieren en sus recursos individuales, sociales y económicos, incluso en el riesgo de presentar alguna psicopatología (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010). Diversos estudios indican que las personas optimistas tienden a abordar mejor las situaciones difíciles con es-

trategias de afrontamiento más adaptativas, con lo que parecen tener más resistencia a los efectos psicológicos y biológicos de los eventos estresantes, controlando mejor el estrés y/o las enfermedades, manejando mejor eventos potencialmente traumáticos y mostrando mayor perseverancia, mayor salud física, bienestar y teniendo más logros vitales (Bozo et al., 2009; Carver, Scheier, Miller y Fulford, 2009; Nes y Segerstrom, 2006; Rasmussen, Scheier y Grehenhouse, 2009).

Casi todos los estudios que versan sobre el optimismo, incluidos los metaanálisis más recientes, informan de su valor predictivo sobre la salud y el bienestar, además de actuar como modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen estrés o enfermedades graves, incluso puede actuar como potenciador del bienestar y la salud en aquellas personas que, sin presentar trastornos, pretenden mejorar su calidad de vida (Rasmussen et al., 2009; Seligman, 2002).

Se han estudiado las relaciones entre optimismo y muy diferentes enfermedades, demostrando por ejemplo, una fuerte relación entre altos niveles de optimismo y la vitalidad emocional con una mayor protección y mejor pronóstico para las enfermedades cardiovasculares, comparándose al mismo tiempo con los efectos de la depresión, que aumenta significativamente el riesgo de accidentes o problemas cardíacos (Kubzansky y Thurston, 2007; Seligman, 2008). El optimismo también se asocia a una mejor respuesta inmunocompetente, comparada con la de personas pesimistas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000); alarga la vida y mejora el estado de salud de los ancianos

(Cohen et al., 2006; Cohen y Pressman, 2006), incluso en personas con problemas de fertilidad u otro tipo de decepciones intensas de la vida, los optimistas lo asumen con menos síntomas depresivos o ansiosos que los pesimistas (Carver et al., 2010). En enfermedades como el cáncer, se ha observado que las personas optimistas parecen tener una mejor supervivencia y respuesta inmune (Allison, Guichard, Fung y Gilain, 2003; Aspinwall y Tedeschi, 2010a; Carver et al., 2005), así como que muestran menores niveles de ansiedad durante los tratamientos, y mejor calidad de vida previa y posterior al diagnóstico (Carver et al., 2010; Lee, Cohen, Edgar, Laizner y Gagnon, 2006). Esto indica que una mayor tendencia al optimismo se suele relacionar con estrategias de afrontamiento activas y con el desarrollo de conductas de solución de problemas y autocuidado, incluso cuando hablamos de cáncer, donde se ha comprobado, por ejemplo, que las pacientes optimistas tienen mejor ajuste psicológico tras el diagnóstico de cáncer de mama y utilizan mejores estrategias de afrontamiento, presentan mejor actividad inmunológica, estado de ánimo y apoyo percibido, y les disminuye el dolor (Vázquez y Castilla, 2007); aún más, se puede confirmar que el optimismo predice un nivel óptimo de bienestar, varios años después (Carver et al., 2005). Lo que se puede intuir de estos estudios es que un paciente optimista tiende más probablemente a poner en práctica hábitos que mejoren su salud, a mantener buenas relaciones sociales en las que percibir apoyo, así como a que sus estados afectivos positivos tengan un efecto fisiológico directo que le ayuden a retardar el curso de su enfermedad.

## Resiliencia y cáncer

La resiliencia, entendida como la capacidad del ser humano de resistir y rehacerse frente a los embates de la vida, la capacidad de recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del desastre, surge como parte de la psicología positiva suscitando investigaciones que se preguntan mediante qué mecanismos algunas personas consiguen aprender de sus experiencias e incluso encontrar beneficios en ellas. Sin despreciar el horror y la gravedad de esas experiencias, hay que destacar que es en esas situaciones extremas donde el ser humano tiene la oportunidad darse cuenta de sus propias capacidades latentes, de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores, tiene la oportunidad de replantearse su manera de vivir y de modificar sus creencias, de manera que en esta reconstrucción puede darse, y de hecho se da en muchos casos, un aprendizaje y un crecimiento personal (Vera, 2008). En la definición de resiliencia se incluyen cualidades como la inteligencia, la salud, el temperamento, darle sentido a las experiencias, tener habilidades para identificar y relacionarse con modelos positivos, tener buena voluntad y confianza en las relaciones, tener habilidades de solución de problemas, flexibilidad o perseverancia (Becoña, 2006; Carver, 1998). La resiliencia fomenta la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aun habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiese desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados (Bowen, Morasca y Meischke, 2003; Vázquez y Castilla, 2007).

En cáncer, esta resiliencia se ha venido llamando *crecimiento postraumático*, ya que las emociones y cogniciones positivas pueden ser también resultado de la vivencia de situaciones traumáticas. El crecimiento postraumático se definiría como la capacidad de las personas de generar respuestas de crecimiento o maduración personal sin negar la vivencia de la adversidad vivida, pero dándole un significado o sentido a la misma (Costa y Gil, 2008; Vázquez y Castilla, 2007). El evento traumático induce una crisis existencial que desencadena un proceso de “rumiación constructiva”, asociado a la búsqueda de significado en medio de una gran incertidumbre y percepción de vulnerabilidad. Es un proceso reparador, una reestructuración cognitiva que ayuda a encontrar una explicación a lo ocurrido (Calhoun y Tedeschi, 2006). La respuesta de crecimiento puede entenderse como el resultado del proceso de atribuir significado a un evento estresante (Park, 2004). Se relaciona mucho con el optimismo, al que consideran como parte del proceso de crecimiento.

La mayoría de los estudios psicooncológicos se centran en las mujeres con cáncer de mama y concluyen que el ajuste psicológico es mucho más adecuado cuando las mujeres le encuentran sentido a la vivencia (Bellizzi y Blank, 2006; Scignaro, Barni y Magrin, 2010), tras los tratamientos tienen menos consecuencias emocionales negativas (Aspinwall y MacNamara 2005; Aydin, 2008; Bozo et al., 2009; Salsman, Segers-trom, Brechting, Carlson y Andrykowski, 2009), se cuidan más durante y una vez acabados los tratamientos, llevando una vida más saludable, comprometiéndose más fuertemente con su salud (Vázquez y Castilla, 2007); y suelen ser las mujeres de

mayor edad a las que les es más fácil considerarse resilientes ante las adversidades en comparación con las mujeres más jóvenes (Bennett et al., 2008; Morse y Adams-Price, 2008). En estudios en los que se trabaja terapéuticamente para ayudar a mejorar el crecimiento postraumático, se han encontrado importantes cambios positivos en el grupo de participantes, sobre todo en la mejora de síntomas de estrés postraumático, con lo que se comprueba que las intervenciones o tratamientos en este ámbito son favorables (Hart, Wilson y Hittner, 2006; Knaevelsrud, Liedl y Maercker, 2010).

### **Autoestima y cáncer**

La última variable a considerar en este artículo es la autoestima. La autoestima es un conjunto de actitudes que dependen de las percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra forma de comportarnos, hacia nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de uno mismo. La importancia que tiene la autoestima radica en que nos concierne por completo: a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal; además de que funciona como motor de nuestra vida: habla de nosotros, de cómo nos percibimos y comportamos y de lo que esperamos del otro. Es uno de los factores más relevantes para el bienestar personal, clave para relacionarnos con nuestro entorno de una forma satisfactoria. Por lo tanto, no puede menos que afectar a nuestra manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de decidir y de desenvolvernos escapa a la influencia de la autoestima (Bonet, 1997). La autoestima adecuada, por tanto, comprende cubrir las necesida-

des de respeto por uno mismo con sentimientos como confianza, competencia, logros, maestría, independencia y libertad.

Los pacientes con cáncer suelen ver su autoestima deteriorada en algún momento o circunstancia del proceso de superación de la enfermedad como consecuencia de los tratamientos, de sus efectos secundarios, de los cambios en su imagen corporal, de la incertidumbre ante el futuro, etc. En la sociedad actual, se nos exige ser perfectos: altos, guapos, inteligentes, resolutivos, responsables, con buen físico... y cuando a una persona le diagnostican una enfermedad como puede ser el cáncer, la autoestima se tambalea por la abismal incongruencia entre lo que socialmente se espera de ella y lo que le deparará la enfermedad de aquí en adelante. El cáncer y los tratamientos oncológicos recibidos pueden dañar la autoestima de los pacientes en diferentes sentidos: por los cambios en la imagen corporal (alopecia, aumento de peso, cicatrices, secuelas de la cirugía, en especial, la mastectomía, etc.), por los cambios en su independencia y estilo de vida (no poder trabajar o desempeñar las tareas habituales, no poder realizar deporte, etc.), o por las consecuencias derivadas de los tratamientos sobre algún órgano o función determinada (de la fertilidad, el habla, la movilidad, alteraciones en necesidades básicas, como comer, respirar o defecar, etc.). La presencia de alguna de estas consecuencias les puede hacer sentir menos valioso, menos útil o atractivo, generando sentimientos de inseguridad y provocando aislamiento, menos relaciones sociales, distanciamiento de la pareja y de familiares, y en definitiva, generando trastornos de gravedad variable. El aspecto sexual, también se ve muy alterado por el estado de ánimo vul-



nerable, así como por las dificultades que se le presentan tras los tratamientos. En mujeres mastectomizadas, se ha estudiado la relación entre la baja autoestima y la alteración de la vida sexual: diferentes estudios ponen de manifiesto que las mujeres mastectomizadas están menos satisfechas con su imagen corporal que las pacientes con cirugía conservadora, aunque estén en proceso de reconstrucción de la mama, con lo que se puede afirmar que la mastectomía impacta negativamente en la autoestima de las pacientes, interfiriendo además en el apoyo percibido, en su vida social y sexual, así como en su bienestar (Brandberg et al., 2008; González, Rodríguez, Alonso, de León y Gutiérrez, 2010; Lepore, Glaser y Roberts, 2008; Markopoulos et al., 2009; Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2008). Otro grupo de pacientes que también sufre muy especialmente este tipo de dificultades es el de cáncer colorrectal, que además de ver interferida su funcionalidad más básica, alterada su fertilidad y resentida su autoestima, sienten que se altera gravemente su vida sexual, llegando a tener disfunciones sexuales hasta el 57% de los afectados (da Silva et al., 2008). De nuevo, la mayoría de las investigaciones incluyen tratamientos psicológicos en los que se trabaja con los pacientes de cáncer para mejorar su calidad de vida, su autoestima, su bienestar, etc., concluyendo que es necesario intervenir para ayudarles a adaptarse mejor a su situación oncológica, trabajando diferentes facetas psicológicas: emocionales, sociales, habilidades, etc., en función del tipo de cáncer que presentan (Bartoces et al., 2009; Lee et al., 2006; Sebastián et al., 2008).

## Conclusiones

La literatura científica deja patente los esfuerzos que se están haciendo por contri-

buir a que mejore la salud de las personas afectadas de cáncer en cuanto a algunas de las variables más importantes consideradas desde la perspectiva de la psicología positiva. Parece que tener salud física o mental positiva nos protege de enfermedades, gracias al fuerte vínculo existente entre nuestra faceta psicológica positiva (bienestar, optimismo y otras emociones positivas) y el estado de salud (Fierro, 2008; Seligman, 2002, 2008; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Vera, 2008).

Desde la psicología positiva también hay un gran grupo de científicos trabajando para corroborar los beneficios de esta nueva orientación psicológica, explorando y fomentando la salud positiva, las cualidades y fortalezas de cada persona, y diseñando intervenciones novedosas para aquellos con dificultades en su salud, de forma que se les pueda ayudar a mejorar, con el objetivo de alcanzar la máxima prevención en las enfermedades físicas y mentales (Seligman, 2008).

En enfermedades como el cáncer, la psicología positiva aún tiene mucho camino que recorrer, pero ya se sabe que las personas con más optimismo o fortalezas, por ejemplo, parecen tener mejor salud y mayor bienestar (Aspinwall y Tedeschi, 2010a; Cardenal, Cerezo, Martínez, Ortiz-Tallo y Blanca, 2012; Carver et al., 2005; Carver et al., 2010; Lee et al., 2006; Vázquez y Castilla, 2007). Estos hallazgos tan sugerentes pueden invitar a los investigadores de la psicología de la salud a desarrollar sus trabajos bajo el prisma de la psicología positiva, pudiendo llegar a aportar a las personas con diversas enfermedades una nueva forma de recuperar su salud psicológica y quizás mejorar de algún modo su salud física.

## Referencias

- Allison, P. J., Guichard, C., Fung, K. y Gilain, L. (2003). Dispositional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 21(3), 543–548.
- Aspinwall L. G. y MacNamara A. (2005). Taking positive changes seriously: Toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Cancer*, 104(11), 2549–2556. DOI 10.1002/cncr.21244
- Aspinwall, L. G. y Tedeschi, R. G. (2010a). The Value of Positive Psychology for Health Psychology: Progress and Pitfalls in Examining the Relation of Positive Phenomena to Health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 4–15. DOI 10.1007/s12160-009-9153-0
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente: Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza.
- Aydin, E. (2008). Trauma and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer: A Transactional Analysis Perspective. *Transactional Analysis Journal*, 38(4), 323-135.
- Bartoces, M. G., Severson, R. K., Rusin, B. A., Schwartz, K. L., Ruterbusch, J. J. y Neale, A. V. (2009). Quality of Life and Self-Esteem of Long-Term Survivors of Invasive and Noninvasive Cervical Cancer. *Journal of Women's Health*, 18(5), 655-661.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Bellizzi, K. M. y Blank, T. O. (2006). Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47–56. DOI: 10.1037/0278-6133.25.1.47
- Bennett, J. A., Cameron, L., Brown, P., Whitehead, L., Porter, T. y Parkes, T. O. (2008). Resilience in cancer: few older cancer survivors seek information and support services following a cancer diagnosis. *The Gerontologist*, 48, 140-151.
- Bonet, J. V. (1997). *Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima*. Cantabria: Sal Terrae. Maliaño.
- Bowen, D. J., Morasca, A. A. y Meischke, H. (2003). Measures and Correlates of Resilience. *Women y Health*, 38 (2), 65-76.
- Bozo, Ö., Gündogdu, E. y Büyükasik-Çolak, C. (2009). The Moderating Role of Different Sources of Perceived Social Support on the Dispositional Optimism–Posttraumatic Growth Relationship in Postoperative Breast Cancer Patients. *Journal of Health Psychology*, 14, 1009-1020. DOI: 10.1177/1359105309342295
- Brandberg, Y., Sandelin, K., Erikson, S., Jurell, G., Liljegren, A., Lindblom, A., Lindén, A., von Wachenfeldt, A., Wickman, M. y Arver, B. (2008). Psychological Reactions, Quality of Life, and Body Image After Bilateral Prophylactic Mastectomy in Women At High Risk for Breast Cancer: A Prospective 1-Year Follow-Up Study. *Journal of Clinical Oncology*, 26(24), 3943-3949. DOI: 10.1200/JCO.2007.13.9568
- Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (2006). The Foundations of Posttraumatic Growth: an expanded framework. En: Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G., editors. *Handbook of Posttraumatic Growth* (pp. 3-23). Mahwah, New York: Lawrence Erlbaum Associate Publishers.
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginskas, D. y Harman, J. E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 171-180. DOI: 10.1002/pon.1050
- Cardenal, V., Cerezo, M. V., Martínez, J., Ortiz-Tallo, M. y Blanca, M. J. (2012). Personality, Emotions and Coping Styles: Predictive Value for the Evolution of Cancer Patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 756-767.
- Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models and linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245-266.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Miller, C. J. y Fulford, D. (2009). Optimism. In: Lopez S. J., Snyder C. R., eds. *Oxford Handbook of Positive Psychology*. 2<sup>nd</sup> ed. (pp. 303–311). New York: Oxford University Press.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879–889. DOI:10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Carver, C. S., Smith, R. G., Derhagopian, R. P., Antoni, M. H., Petronis, V. M. y Weiss, S. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24(5), 508-516. DOI: 10.1037/0278-6133.24.5.508
- Cerezo M. V. y Ortiz-Tallo, M. (2007). *Relación entre Inteligencia Emocional y Bienestar Personal en mujeres operadas de Cáncer de Mama*. Poster presentado en las Jornadas "Emociones y Bienestar" de la SEAS (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés), Septiembre, 27-29, Madrid.
- Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M. y Cardenal, V. (2009a). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140.
- Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M. y Cardenal, V. (2009b). *Estudio longitudinal sobre bienestar y emociones: la reparación emocional y el cáncer de mama*. Poster presentado en las II Jornadas de Emociones y Bienestar.

- Sociedad Española de Ansiedad y Estrés. 1-3, Octubre, en Madrid, España.
- Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M. y Cardenal, V. (2009c). Programa de Inteligencia Emocional: La Reparación Emocional y el Cáncer de Mama. Conferencia presentada en The II International Emotional Intelligence Congress, 16-18 Septiembre, en Santander, España.
- Cohen, S., Alper, C. M., Doyle, W. J., Treanor, J. J. y Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or Influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, *68*, 809-815.
- Cohen, S. y Pressman, S. D. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, *15*, 122-125.
- Costa, G. y Gil, F. L. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Psicooncología*, *5*(1), 27-37.
- da Silva, G. M., Hull, T., Roberts, P. L., Ruiz, D. E., Wexner, S. D., Weiss, E. G., Nogueras, J. J., Daniel, N., Bast, J., Hammel, J. y Sands, D. (2008) The Effect of Colorectal Surgery in Female Sexual Function, Body Image, Self-Esteem and General Health: A Prospective Study. *Annals of Surgery*, *248*(2), 266-272. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3181820cf4
- Diener, E. D. (2009). (Ed.). *Assessing Well-Being. The collected works of Ed Diener*. Oxford, UK: Springer.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 71-75.
- Fierro, A. (2006). Bienestar personal, adaptación social y factores de personalidad: Estudios con las Escalas Eudemon. *Clínica y Salud*, *17*(3), 297-318.
- Fierro, A. (2008). Conocimiento contra infelicidad: Para una psicología epicúrea. *Escritos de Psicología*, *2*(1), 7-23.
- Fierro, A. (2009). El buen vivir: De los genes a la práctica. *Paradigma*, 23-27.
- Font, A. y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, *4*(2-3), 423-446.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, *2*(3), 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, *91*, 330-335.
- García-Viniegras, C. R. V. y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *25*(1), 72-80.
- González, M., Rodríguez, M. E., Alonso, M. E., de León, L. y Gutiérrez, J. M. (2010). Mujeres con cáncer de mama y su sexualidad. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/handle/10401/1064>
- Hart, K. E., Wilson, T. L. y Hittner, J. B. (2006). A Psychosocial Resilience Model to Account for Medical Well-being in Relation to Sense of Coherence. *Journal of Health Psychology*, *11*(6), 857-862. DOI: 10.1177/1359105306069082
- Hou, W. K., Law, C. C. y Fu, Y. T. (2010). Does change in positive affect mediate and/or moderate the impact of symptom distress on psychological adjustment after cancer diagnosis? A prospective analysis. *Psychology y Health*, *25*(4), 417-431. DOI: 10.1080/08870440802559375
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M. y Back, R. (2005). Anxiety, Emotional suppression, and Psychological Distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*, *46*, 19-24.
- Knaevelsrud, C., Liedl, A. y Maercker, A. (2010). Posttraumatic Growth, Optimism and Openness as outcomes of a Cognitive-behavioural Intervention for Posttraumatic stress Reactions. *Journal of Health Psychology*, *15*(7), 1030-1038. DOI: 10.1177/1359105309360073
- Kubzhansky, L. D. y Thurston, R. (2007). Emotional vitality and incident coronary heart disease. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 1393-1401.
- Lee, V., Cohen, R., Edgar, L., Laizner, A. M. y Gagnon, A. J. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science and Medicine*, *62*, 3133-3145. DOI:10.1016/j.socscimed.2005.11.041
- Lepore, S., J., Glaser, D. B. y Roberts, K. J. (2008). On the positive relation between received social support and negative affect: a test of the triage and self-esteem threat models in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *17*(12), 1210-1215.
- Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, *131*(6), 803-855.
- Markopoulos, C., Tsaroucha, A. K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z. y Karvelis, S. (2009). Impact of Breast Cancer Surgery on the Self-esteem and Sexual Life of Female Patients. *The Journal of International Medical Research*, *37*, 182-188.
- Martins, A., Ramalho, N. y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, *49*, 554-564. DOI:10.1016/j.paid.2010.05.029
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). "What is emotional intelligence?" En P. Salovey y D. Sluyter (eds.), *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mikolajczak, M., Petrides, K. V., Coumans, N. y Luminet, O. (2009). The moderating effect of trait emotional intel-

- ligence on mood deterioration following laboratory-induced stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 455–477.
- Morse, L. y Adams-Price, C. (2008). Positive psychology and aging: positive outlook in younger and older breast cancer patients. *The Gerontologist*, 48, 21.
- Nes, L. y Segerstrom, S. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235–251.
- Novoa, M. M., Vargas, R. M., Obispo, S. A., Pertuz, M. y Rivera, Y. K. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 315-329.
- Park, C. L. (2004). The Notion of Growth Following Stressful Life Experiences: Problems and Prospects. *Psychological Inquiry*, 15, 69-76.
- Peterson, C., Park, N. y Seligman, M. E. P. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 17-26. DOI: 10.1080/17439760500372739
- Pressman, S. D. y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925-971. DOI: 10.1037/0033-2909.131.6.925
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F. y Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239-256.
- Salsman, J. M., Segerstrom, S. C., Brechting, E. H., Carlson, C. R. y Andrykowski, M. A. (2009). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing *Psychooncology*, 18(1), 30-41.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: the benefits of being optimistic. *Psychological Science*, 2, 26-30.
- Scrignaro, M., Barni, S. y Magrin, M. E. (2010). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psycho-oncology*. DOI: 10.1002/pon.1782
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J. y Mateos, N. (2008). Body image and self-esteem in women with breast Cancer participating in a psychosocial Intervention program. *Psychology in Spain*, 12(1), 13-25.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 3–18. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. DOI: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Smith, S. G., Turner, B., Pati, J., Petrides, K. V., Sevdalis, N. y Green, J. S. A. (2011). Psychological impairment in patients urgently referred for prostate and bladder cancer investigations: the role of trait emotional intelligence and perceived social support. *Support Care Cancer*. DOI: 10.1007/s00520-011-1129-5.
- Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 385-404.
- Vázquez, C. y Hervás, C. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Vecina, M. L. (2006). Emociones Positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17
- Vera, B. (2008). *Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología*. Madrid: Calamar Ediciones.

Fecha de recepción: 04/06/2013

Fecha de aceptación: 30/10/2013

# Evaluación de un programa psicoterapéutico para cuidadores de pacientes con TCA: Estudio piloto

Vanessa Pla  
Eugenia Moreno  
(Clínica Trastornos Alimentarios, Valencia, España)

Inmaculada Fuentes-Durá  
Carmen Dasí  
(Universitat de València, Valencia, España)

## resumen/abstract:

El objetivo de esta investigación es llevar a cabo un estudio piloto para evaluar un programa psicoterapéutico para cuidadores de pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria (TCA). El programa se ha aplicado a 13 cuidadores, todos ellos familiares de los pacientes, y está compuesto por 12 sesiones agrupadas en tres bloques. El estudio se desarrolla a lo largo de un año entero, ya que la evaluación de los cuidadores y pacientes se realiza antes de la intervención, al finalizar ésta y en una evaluación de seguimiento a los 6 meses. Los resultados de los familiares han mostrado una mejoría significativa en la experiencia como cuidador, una menor acomodación y mayor competencia frente al TCA, aumento de la satisfacción familiar, así como una disminución de los niveles de ansiedad y depresión. En los pacientes también se observó una disminución significativa de la sintomatología del trastorno.

*The objective of this research is to conduct a pilot study to evaluate a psychotherapeutic program for caregivers of patients diagnosed with eating behavior disorder. The program has been applied to 13 caregivers, all relatives of patients, and is composed of 12 sessions grouped in three blocks. The study is developed over a whole year, because the assessment of caregivers and patients is performed before intervention, at the end of this and follow-up evaluation at 6 months. The results of the caregivers have shown a significant improvement in the experience as a caregiver, less accommodation and more competition against TCA, increased family satisfaction, as well as decreased levels of anxiety and depression. In patients also showed a significant decrease of symptoms of the disorder.*

## palabras clave/keywords:

Trastorno conducta alimentaria (TCA), programa psicoterapéutico cuidadores, salud mental en familiares cuidadores.

*Eating disorders (ED), caregivers psychotherapeutic program, mental health in family caregivers.*

En los últimos años la incidencia de la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), y otras patologías afines, como el trastorno de la conducta alimentaria no específico (TCANE) ha aumentado considerablemente, convirtiéndose en un importante problema socio-sanitario que cada

vez afecta a más adolescentes y en edades más tempranas. Diferentes estudios epidemiológicos efectuados en población española señalan que entre un 2% y un 4% de mujeres jóvenes padecen TCA. En adolescentes españolas con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, la prevalencia

del trastorno se sitúa entre un 3,3% y un 5,5% (Rojo et al., 2003), mientras que según el DSM-IV-TR (APA, 2002) es del 0,5%. Sin embargo si atendemos a entidades subclínicas y síndromes parciales de la enfermedad, estas tasas se incrementan preocupantemente en mujeres, hasta valores próximos al 15-18% de la población juvenil. Esto ha provocado gran preocupación social que se ha manifestado en que la investigación de los TCA haya aumentado mucho en las últimas décadas. Entre las variables más estudiadas se encuentran la influencia social, los factores de personalidad individuales que intervienen en la génesis de estos trastornos y la influencia de la familia, sobre todo a través del tipo de interacciones que tienen lugar en el seno de estas familias. Prueba de ello son numerosas investigaciones en los últimos años dirigidas de manera específica a los cuidadores de TCA, como por ejemplo: Coomber y King (2012); Goddard, Macdonald y Treasure (2011); González, Padierna, Martín, Aguirre y Quintana (2012); Sepúlveda, Todd, Whithaker, Grover, Stahl y Treasure (2010).

Ochoa de Alda, Espina y Ortego (2006) han señalado que los padres de hijos con TCA presentan más trastornos afectivos y mayor neuroticismo que los controles, planteándose la posible etiología de la patología de las hijas. Por otra parte, otros autores han señalado lo contrario (Kendrick, 1999; Maurin y Boyd, 1990), no se trata de rasgos propios en sí del cuidador, sino que la patología de los hijos puede ser la causa de las alteraciones afectivas de los padres, resaltando la carga que representa para la familia tener un miembro con una enfermedad psiquiátrica. Kendrick (1999) y Maurin y Boyd (1990) afirman que esta alteración

en los cuidadores sería consecuencia del cambio en la vida familiar, el aislamiento social y las dificultades económicas que la situación implica, llevando a los familiares a experimentar reacciones psicopatológicas como depresión, ansiedad y sentimientos de pérdida frente a la nueva situación.

En algunos estudios como Espina y Fernández (1996) y Espina, Pumar, González, Santos, García y Ayerbe (2000), se analizó el porcentaje de cuidadores que presentaban niveles clínicos de ansiedad obteniendo un 37,1%, cantidad claramente superior a la obtenida en cuidadores de hijos con diagnóstico de esquizofrenia (15%) y en cuidadores de hijos con toxicomanías (19,1%). Los autores atribuyen estos resultados al estrés que ocasionan los TCA en la persona que se hace más cargo del paciente, generalmente la madre.

En ambas investigaciones se estudió también la sintomatología depresiva, encontrando porcentajes algo mayores en las madres cuidadoras de las otras psicopatologías respecto a los cuidadores de TCA (75% toxicomanía, 70% esquizofrenia y 63,33% en TCA). Martín, Padierna, Aguirre, Quintana, Hayas y Muñoz (2011) concluyen que tanto las madres como los padres de pacientes con TCA presentan puntuaciones más bajas en salud mental, necesitando por lo tanto una atención especializada. Sepúlveda et al. (2012) también concluyen que trabajando las relaciones familiares se produce un descenso en la ansiedad y depresión de los cuidadores.

Todos estos estudios han demostrado la importancia que la salud mental de los cuidadores tiene sobre la evolución del TCA de los pacientes y por lo tanto la necesidad de hacer intervenciones específicas para ellos. Vandereycken, Castro y Vanderlinden

(1991) desarrollaron en Bélgica grupos de apoyo para padres y madres de hijas diagnosticadas de TCA. El objetivo de estos grupos, más que alcanzar una meta psicoterapéutica particular, era aconsejar y apoyar a los familiares, combinando elementos psicoeducativos y de toma de conciencia.

A partir del programa de Anderson, Reiss y Hogarty (1986) para cuidadores de pacientes con esquizofrenia, Salorio, Ruiz, Torres, Sanchis y Navarro (1999) realizaron en España una versión para temas específicos de la alimentación, obteniendo resultados altamente satisfactorios.

Dare y Eisler (2000), Scholz y Asen (2001) y Tantillo (2003, 2006) llevaron a cabo programas psicoeducativos en un contexto de terapia multifamiliar, encontrando resultados satisfactorios, tanto para los familiares como para los pacientes. Esta modalidad de aplicación permite atender a mayor número de familias manteniendo la eficacia en sus intervenciones.

Entre los principales investigadores en terapia familiar cabe destacar a Janet Treasure. Su grupo de trabajo desarrolló en los 80 un modelo de intervención conocido como modelo Maudsley por el hospital de Londres en el que fue llevado a cabo. Sus trabajos (Treasure et al., 2008a, 2008b) indican que ciertos patrones de interacción de las familias pueden actuar como factores mantenedores de la enfermedad. A medida que el TCA va asentándose, la percepción de autoeficacia de los padres va mermando, viendo más complejo el proceso de recuperación y afectando a la salud mental de todos los miembros de la familia.

Schmidt y Treasure (2006) apuntan que la transformación que experimenta la vida familiar es una demostración directa de las

relaciones disfuncionales que se producen en el seno de estas familias, entendiendo estas relaciones más como un factor causal de la enfermedad, que consecuencia de ésta en sí. Por lo tanto, entender cómo la familia reorganiza su vida alrededor de la sintomatología enferma, es fundamental para un tratamiento eficaz. Se considera importante que la familia identifique y esté preparada para hacer los cambios necesarios en las relaciones familiares, tomando consciencia del papel activo que pueden tener en la resolución de la sintomatología enferma, con el objetivo de que la situación tenga menores consecuencias en su salud mental. Diferentes análisis estadísticos han comprobado la eficacia del modelo, siendo sus ventajas mantenidas cinco años después (Goddard et al., 2011). Concretamente, el modelo es más eficaz cuantos menos años de evolución presenta la enfermedad.

Con el objetivo de continuar profundizando en la búsqueda de terapias familiares efectivas para ayudar al tratamiento de los TCA, se ha diseñado un programa de intervención siguiendo algunas de las pautas de los diferentes enfoques anteriormente nombrados. Por una parte, siguiendo los programas psicoeducativos de Anderson et al. (1986), se les proporciona a las familias información respecto a qué es un TCA, su génesis, evolución y sintomatología. Por otra parte, se pretende conseguir en las familias los objetivos marcados por el modelo Maudsley, como es el enseñar a los familiares habilidades de comunicación y de negociación frente a la sintomatología enferma para conseguir un afrontamiento más adaptativo a esta sintomatología.

Además, siguiendo los criterios del INSALUD (2008), con el objetivo de prevenir recaídas, se añadió una sesión al final

del programa para que los familiares tengan información respecto a cómo actuar de manera eficaz al aparecer los primeros síntomas. Los objetivos particulares del programa objeto de este análisis son: a) conseguir una mejoría en la experiencia personal como cuidador, en general, y más específicamente en la experiencia como cuidador de TCA; b) disminuir el grado de acomodación y aumentar la competencia frente a la sintomatología alimentaria; c) tener una mayor satisfacción con la situación familiar general al trabajar la familia unida como un equipo; y d) a medida que los familiares cambian sus patrones de interacción con la enfermedad del hijo, cabe suponer que la sintomatología de TCA verá reducidos sus niveles. Respecto a las variables de salud mental: disminuir los niveles de ansiedad y depresión, al sentirse el cuidador más capaz de afrontar las situaciones generadas por el TCA.

## Método

### Participantes

El programa se implementó en una clínica de Valencia (España) especializada en el diagnóstico, tratamiento multidisciplinar y seguimiento de los TCA. Siguiendo los protocolos terapéuticos (INSALUD, 2008), los familiares de los pacientes acuden a

una terapia familiar grupal para ayudarles a hacer frente a la situación generada por el TCA. En dichas sesiones es donde se llevó a cabo el programa cuya eficacia se quiere contrastar.

### Muestra de cuidadores.

La muestra estuvo formada por trece padres cuidadores de once pacientes diagnosticados de TCA que recibían tratamiento en la clínica. El rango de edad iba de los 41 a los 59 años,  $M=49,0$  años ( $DT=5,6$ ). Todos convivían de forma continuada con los pacientes. Tres de ellos eran padres (23,1%) y diez madres (76,9%). Respecto al estado civil, todos los cuidadores estaban casados, a excepción de una madre que era viuda. Se invitó a participar en la terapia a ambos miembros de la pareja, pero por distintas razones sólo en dos pacientes participaron tanto el padre como la madre. En la Tabla 1 se describen otras características relevantes de los familiares.

### Muestra de pacientes.

Los familiares participantes eran cuidadores habituales del grupo de once pacientes, todos ellos habían sido previamente diagnosticados con TCA según el DSM-IV-TR (2002) en la clínica especializada en TCA donde se desarrolló la investigación. Res-

**Tabla 1.** Principales variables descriptivas de los cuidadores.

| Estudios realizados (%) | Dedicación laboral (%)  | Horas contacto semanal (%) | Terapias anteriores (%) | Antecedentes familiares TCA |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Superiores (46,1)       | Jornada completa (53,8) | +41 (53,8)                 | No (76,9)               | No (69,2)                   |
| Secundarios (23,1)      | Media jornada (23,1)    | 31-40 (0)                  | Sí (23,1)               | (*) Sí (30,8)               |
| Primarios (30,8)        | Amas casa (23,1)        | 21-30 (15,4)               |                         |                             |
|                         |                         | 11-20 (23,1)               |                         |                             |
|                         |                         | 0-10 (7,7)                 |                         |                             |

(\*) Familiar de primer grado



pecto al género de los pacientes, nueve eran chicas (85%) y dos chicos (15%). El rango de edad iba de los 13 a los 29 años, siendo la media 18,5 (DT=5,4). Respecto al tiempo de evolución del trastorno, variaba desde 2 hasta 48 meses,  $M=23,9$  meses (DT= 17,3 meses). En relación al tiempo que llevan recibiendo tratamiento, también varía desde una semana a 48 meses,  $M=9,7$  meses (DT=13,6 meses). En la Tabla 2 se describen otras características relevantes de los pacientes.

sin acomodarse a sus síntomas y siguiendo los principios de la terapia motivacional de Miller y Rolnick (1993). En el bloque II (sesiones 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11) se trabajan las reacciones más frecuentes del cuidador de TCA, con el objetivo de que aprendan a llevar a cabo una respuesta más eficaz. Se trabajan las habilidades de comunicación, pretendiendo un cambio positivo en el lenguaje familiar y nociones básicas acerca del análisis funcional de conducta. El bloque III (sesión 12) es sobre prevención de recaídas. Se les explica a los fami-

**Tabla 2.** Principales variables descriptivas de los pacientes.

| Estudios en curso (%) | Diagnóstico clínico (%) | Modalidad tratamiento inicio programa(%) | Modalidad tratamiento final programa(%) |
|-----------------------|-------------------------|--|---|
| Universidad (36,3)    | AN restrictiva (54,5)   | Hospital día (100)                       | Hospital día (27,3)                     |
| Bachillerato (27,3)   | AN purgativa (36,4)     | Ambulatorio (0)                          | Ambulatorio (72,7)                      |
| Secundaria (27,3)     | TCANE (9,1)             |  |   |
| Primaria (9,1)        |                         |  |   |

### Procedimiento

Los cuidadores fueron informados acerca de la voluntariedad de la realización del programa y todos ellos firmaron el consentimiento. El programa constaba de 3 bloques, con un total de 12 sesiones de hora y media. En el bloque I de psicoeducación (sesiones 1, 2 y 3) se les explica a los familiares que es el TCA, las características que los definen y los factores multicausales que los generan. Se les enseñan las etapas de cambio por las que van pasando tanto el paciente como los familiares durante el proceso de enfermedad. El objetivo es que los familiares puedan identificar la sintomatología enferma para que puedan practicar las habilidades de negociación frente a ésta,

liares en qué consiste una recaída, cómo poderla prevenir y cuáles son las cuestiones principales a tener en cuenta para poder paliar sus consecuencias.

Cada sesión se estructuraba de la siguiente manera: durante los 10 primeros minutos se realizaban ejercicios de relajación, autoestima, mindfulness, lectura de cuentos y ejercicios prácticos, para que los padres aprendieran a tomar conciencia de su estado emocional, de sus habilidades de resolución de problemas y reflexionasen sobre algunas cuestiones importantes que después iban a ser trabajadas en la sesión; a continuación, durante la hora y veinte minutos restante, se llevaba a cabo la parte psicoeducativa y

de práctica de las habilidades y estrategias psicoterapéuticas objetivo de dicha sesión. La periodicidad era cada 2 semanas, excepto si coincidía con día festivo en cuyo caso el intervalo intersecciones era de 3 semanas. La duración total fue de 6 meses.

Antes de iniciarse las sesiones se midieron las principales variables relacionadas con los TCA, tanto a los familiares como a los pacientes. En la Tabla 3 aparecen dichas variables así como los instrumentos de medición utilizados. Cuando finalizó el programa se volvieron a pasar las pruebas para medir de nuevo las variables dependientes y 6 meses después se volvió a realizar una medición de seguimiento, por lo que la investigación se desarrollo a lo largo de un año. Según la clasificación de Montero y León (2007) es una investigación cuasiexperimental de un grupo con medidas pre-post tratamiento y seguimiento a los 6 meses.

#### **Instrumentos empleados en la evaluación de los cuidadores:**

**AESED - Escala de acomodación e incompetencia a los síntomas alimentarios (Sepúlveda, Kyriacou y Treasure, 2009).** Evalúa mediante 47 ítems en qué medida los cuidadores organizan sus interacciones diarias con la sintomatología del TCA. Está compuesta por cinco factores: evitación y modificación de rutinas, conductas de comprobación, rituales alimentarios, control de la familia y punto ciego. Su alfa de Cronbach está situado entre 0,77 y 0,92 según el factor.

**BDI - Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961).** Cuestionario autoaplicado formado por 21 ítems de respuesta múltiple relacionados con síntomas depresivos, como la

desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa, o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión. La fiabilidad es de 0,90 y los índices de la validez de criterio adecuados.

**ECI - Inventario de la experiencia del cuidador (Szmukler, Burgess, Herrman y Benson, 1996).** Cuestionario autoaplicado compuesto por 66 ítems que evalúa el estrés, la percepción y el afrontamiento de la situación de los cuidadores de personas con enfermedad mental severa. Está compuesto por diez escalas. Ocho de ellas miden los aspectos negativos del cuidado, la llamada dimensión negativa: comportamientos difíciles, síntomas negativos, estigma, problemas con los servicios, efectos en la familia, necesidad de apoyo, dependencia y pérdida. Mayor puntuación indica una experiencia más negativa del cuidador. Las otras dos escalas miden la dimensión positiva: experiencias personales positivas y aspectos buenos de la relación con el paciente. El alfa de Cronbach es muy elevada (0,95). En esta investigación interesa sobre todo la dimensión negativa.

**EDSIS - Impacto de síntomas del trastorno alimentario (Sepúlveda, Whitney, Hankins y Treasure, 2008).** Para la evaluación de la carga específica del cuidador de TCA, a la escala ECI se le ha añadido 24 ítems más, referidos a la experiencia específica como cuidador de una persona con TCA. Esta escala está diseñada para medir el impacto personal que los síntomas del TCA y el comportamiento del familiar enfermo tienen en el bienestar del cuidador en el último mes. Consta de 4 factores, dos de los cuales están directamente relacionados con los problemas específicos causados por los síntomas del TCA: impacto de los aspectos

tos nutricionales y alteración conductual, mientras que los otros dos están relacionados con las reacciones personales del cuidador frente a la enfermedad: culpa y aislamiento social. Las propiedades psicométricas son adecuadas ya que su fiabilidad es de 0,92.

**ESFA - Escala de satisfacción familiar por adjetivos (Barraca y López-Yarto, 1997).** Escala unidimensional diseñada para dar una medida global de la satisfacción familiar. Mediante 27 adjetivos trata de evocar respuestas, preferentemente afectivas, para medir los sentimientos positivos o negativos que se despiertan en el cuidador en las interacciones con los miembros de la familia. Las propiedades psicométricas de la escala son buenas, siendo el coeficiente de fiabilidad es de 0,87.

**STAI - Cuestionario de ansiedad Estado/Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1980).** La prueba consta de dos partes, con 20 cuestiones en cada una de ellas. La primera, *ansiedad estado* (A/E) evalúa un estado general transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda, *ansiedad rasgo* (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. El STAI posee una buena consistencia interna (entre 0,90 y 0,93 en A/E y entre 0,84 y 0,87 en A/R).

**Autoinforme** consistente en un ítem que se contestaba en cada sesión del programa para medir el bienestar del cuidador en una escala desde máximo malestar (0) a máximo bienestar (10).

**Autoinforme** consistente en un ítem que se contestaba en cada sesión del programa para medir la percepción del cuidador de la gravedad de la patología del hijo/a en una escala de 10 puntos desde máxima gravedad (0) a salud óptima (10).

#### **Instrumentos utilizados para la evaluación de los pacientes:**

**EAT 40 - Eating Attitude Test (Garner y Garfinkel, 1979).** Su objetivo es medir de forma general los síntomas del TCA. Es una prueba autoaplicada compuesta de 40 ítems agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. El índice de consistencia interna es de 0,94.

**EDI 2 - Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (Garner, 1991).** El EDI contiene 64 reactivos agrupados en ocho subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez. En el EDI-2 se introducen 27 reactivos adicionales clasificados en otras tres subescalas: ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Presenta un índice de fiabilidad de 0,95.

#### **Resultados**

Los análisis se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 19. En la Tabla 3 se resumen los principales indicadores de la evolución de las variables dependientes medidas antes (preprograma), después (postprograma) y a los 6 meses (seguimiento), tanto en la muestra de pacientes como en la de sus cuidadores. Los

contrastes de medias para todos los tests se realizaron con ANOVAS unifactoriales de medidas repetidas. Todos los supuestos de dicho ANOVA fueron comprobados. Sólo en 3 de los contrastes efectuados no se cumplía el supuesto de esfericidad por lo que se utilizó el epsilon de Greenhouse-Geisser para corregir los grados de libertad (Tabla 3).

### **Análisis estadísticos de los datos de los cuidadores**

En la Tabla 3 se aprecia un descenso progresivo en las medias de la puntuación total del AESED, lo que indica que después del programa los cuidadores presentaban una mayor competencia en el afrontamiento del TCA y una menor acomodación a los síntomas alimentarios de los hijos. La prueba de comparaciones múltiples con el ajuste de Bonferroni fue significativa al hacer la comparación pre-post ( $p < 0,01$ ) y pre-seg ( $p < 0,001$ ), pero no lo fue en el contraste post-seguimiento.

Por lo que se refiere al BDI la media pre-programa indicaba un nivel bajo de sintomatología depresiva previo al programa. La evolución de las medias fue muy satisfactoria, tal como se aprecia en la Tabla 3. El ajuste de Bonferroni mostró la presencia de diferencias significativas al comparar las medias pre-seguimiento ( $p < 0,05$ ).

Es importante destacar que algunos cuidadores tenían puntuaciones suficientemente altas para un diagnóstico de depresión moderada, y fueron precisamente ellos los que al finalizar el programa vieron reducidos sus niveles hasta valores indicativos de ausencia de sintomatología depresiva. Es decir, aquellos cuidadores que presentaban niveles de depresión más altos, son también los que redujeron de forma más notable su

sintomatología. Este resultado cumple los criterios de significación clínica del *método de comparación con muestras normativas* (Kazdin, 2001), a saber, nadie presentaba niveles clínicos de depresión después del programa.

Los análisis del ECI se han centrado en la dimensión negativa que es la más importante para los objetivos del programa. Según la prueba de Bonferroni, después de la intervención los familiares presentaban un descenso significativo respecto al principio ( $p < 0,05$ ). Por lo tanto, los cuidadores presentaban una mejoría en la experiencia personal frente al estrés, a la percepción de la enfermedad de su familiar y respecto al afrontamiento de la sintomatología. La comparación pre-seguimiento también fue significativa ( $p < 0,001$ ) lo que indica que los cambios se mantuvieron en el tiempo.

En el EDSIS se volvió a repetir el mismo patrón de resultados ya que se obtuvieron diferencias significativas tanto en la comparación pre-post ( $p < 0,05$ ), como en la comparación pre-seguimiento ( $p < 0,001$ ). Estos datos indican una disminución relevante del impacto personal que los síntomas del TCA tiene sobre los cuidadores.

En la escala ESFA, la media inicial de 46,15 puntos indica que los cuidadores tenían una satisfacción familiar ligeramente inferior a la media de la población general. Sin embargo, tal como se aprecia en la Tabla 3, después del programa había subido hasta 70,38 puntos. Dicha diferencia fue significativa ( $p < 0,005$ ) según el ajuste de Bonferroni y mantenida en el tiempo, ya que no hubo diferencias significativas entre postprograma y seguimiento.

En relación a los datos de la escala STAI, la evolución fue satisfactoria, tanto para la

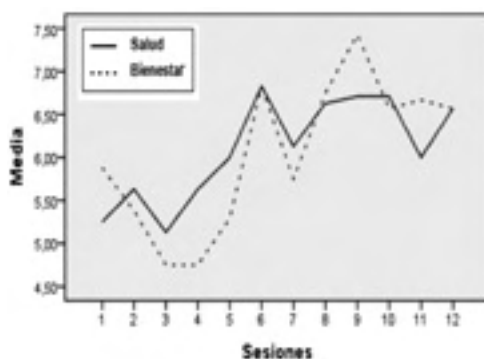
ansiedad estado como rasgo, encontrando una disminución significativa al comparar la puntuación centil media preprograma y la del seguimiento ( $p < 0,05$ ). Probablemente debido a la gran variabilidad de las puntuaciones y lo escaso de la muestra no se alcanzó la significación al comparar las medias pre y postprograma a pesar de que el descenso en la ansiedad era de más de 10 puntos.

Dado que en este estudio la muestra es reducida es muy importante realizar algún cálculo que nos permita conocer la magnitud de las diferencias observadas con independencia del tamaño muestral, esto es, una medida del tamaño del efecto como  $\eta^2$  parcial, que es una medida de la proporción de la varianza explicada. En la última columna de la Tabla 3 se observa este indicador. Considerando los criterios de Cohen (1988) se puede afirmar que en todos los contrastes efectuados con los datos de los

cuidadores el tamaño del efecto ha sido grande.

Por lo que se refiere a los autoinformes sobre bienestar del cuidador y salud del paciente obtenidos en las 12 sesiones, se ha obtenido una correlación lineal de 0,815 ( $p < 0,005$ ) indicando que mayor bienestar

**Figura 1:** Correlación entre el bienestar del cuidador y la salud de la hija.



**Tabla 3.** Resultados de la evaluación de los cuidadores y los pacientes previa al programa, al acabar el programa y en el seguimiento a los 6 meses.

| <b>Cuidadores</b> |                      |                       |                      |                  |       |                     |
|-------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|------------------|-------|---------------------|
| Prueba            | Preprograma<br>M(DT) | Postprograma<br>M(DT) | Seguimiento<br>M(DT) | ANOVA            | P     | $\eta^2$<br>parcial |
| AESED             | 40,1(16,8)           | 20,7(12,2)            | 15,8(11,7)           | F(2;24)=15,3     | 0,001 | 0,56                |
| BDI               | 10,1(7,5)            | 7,1(6,3)              | 3,9(3,7)             | F(2;24)=6,5      | 0,005 | 0,35                |
| ECI Negativo      | 65,2(21,0)           | 39,2(23,7)            | 33,3(17,6)           | F(1,2;14,6)=16,8 | 0,001 | 0,58                |
| EDSIS             | 27,9(11,4)           | 17,2(14,2)            | 12,5(10,3)           | F(2;24)=11,4     | 0,001 | 0,49                |
| ESFA              | 46,2(24,7)           | 70,4(19,6)            | 73,9(22,2)           | F(2;24)=15,9     | 0,001 | 0,57                |
| STAI-E            | 62,3(26,8)           | 47,3(30,2)            | 36,3(35,3)           | F(2;24)=4,4      | 0,05  | 0,27                |
| STAI-R            | 59,8(24,7)           | 49,7(27,0)            | 34,6(26,6)           | F(2;24)=8,5      | 0,005 | 0,42                |
| <b>Pacientes</b>  |                      |                       |                      |                  |       |                     |
| EAT-40            | 28,2(18,9)           | 6,9(6,3)              | 7,6(4,7)             | F(1,1;11,0)=15,0 | 0,005 | 0,60                |
| EDI-2             | 70,6(52,0)           | 43,1(29,7)            | 26,9(30,9)           | F(1,1;11,0)=5,2  | 0,05  | 0,34                |

en el cuidador va asociado a mayor salud del paciente (Figura 1).

La tendencia en ambas variables es claramente ascendente, ya que a medida que se van desarrollando las sesiones, se va produciendo un aumento tanto del bienestar del cuidador y como de la salud del paciente a su cargo, apareciendo una correlación lineal significativa entre sesiones y bienestar  $R=0,70$  ( $p<0,05$ ), así como entre sesiones y salud  $R=0,75$  ( $p<0,01$ ).

### **Análisis estadísticos de los datos de los pacientes**

En el test EAT-40, la puntuación media obtenida por los hijos al inicio de la intervención se redujo en 20 puntos en la medición postprograma, por tanto, hubo un descenso general de los síntomas del TCA. El test de Bonferroni indicó que la diferencia entre el pre y el postprograma fue significativa ( $p<0,01$ ) y no lo fue entre el postprograma y el seguimiento, o sea, se mantuvo el descenso.

En el EDI-2 hubo una disminución de casi 30 puntos entre la medición pre y postprograma, que alcanzó también la significación estadística ( $p<0,01$ ), lo que indica un gran descenso en insatisfacción, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, etc. Los cambios se mantuvieron ya que no hubo diferencias entre el postprograma y el seguimiento.

Los cálculos del tamaño del efecto ( $\eta^2$  parcial) mostraron que también con los datos de los cuidadores los tamaños del efecto obtenidos son grandes (Cohen, 1988). Tal como predice el modelo Maudsley, las intervenciones más eficaces serán en aquellos pacientes en los que el periodo de evolución de la enfermedad sea menor y antes se intervenga para paliar sus síntomas

( $r=-0,62$ ,  $p<0,05$ ). Es decir, resulta una correlación negativa entre el tiempo de evolución de la enfermedad y la mejoría de los hijos.

Todos los análisis que han sido descritos en este apartado se hicieron también teniendo en cuenta el tipo de diagnóstico del paciente (AN y TCANE), no apareciendo en ninguna variable dependiente diferencias significativas entre ambos grupos, por lo que se ha realizado la descripción de los análisis sobre dichas variables sin hacer referencia al diagnóstico clínico.

### **Discusión y conclusiones.**

Los resultados obtenidos permiten ser optimistas respecto a la utilidad del programa de intervención familiar utilizado, ya que parece ayudar bastante a los padres a mejorar su experiencia personal como cuidadores, y están en la línea de lo que apuntaban Eisler et al. (1997) respecto a que la intervención en los familiares de pacientes jóvenes y con una duración corta del TCA es efectiva para paliar los síntomas del trastorno.

La mejoría que presentan los familiares después de la intervención en la puntuación del ECI, indica una reducción del estrés, una percepción más adaptativa de la enfermedad, un mejor afrontamiento de su sintomatología, una reducción del grado en que sienten que la enfermedad les estigmatiza, una disminución de la dependencia del familiar y una mejoría en el sentimiento de pérdida.

Los resultados del EDSIS indican un aumento en el bienestar del cuidador en lo que respecta a la carga específica que supone el cuidado de su hijo enfermo. Los cuidadores presentaban un menor impacto en los fac-

tores que están directamente relacionados con problemas específicos causados por los síntomas del TCA (impacto de los aspectos nutricionales y alteración conductual), así como en las reacciones personales del cuidador frente a la enfermedad (culpa y aislamiento social). Se considera muy importante esta reducción del sentimiento de culpa. La información psicoeducativa proporcionada en el Bloque I del programa ha ayudado a rebajar los niveles de malestar personal, permitiéndoles un afrontamiento activo en la resolución del trastorno. Así también, los cuidadores han ido aprendiendo más recursos para no ceder a las situaciones que el TCA plantea, sin organizar la vida familiar alrededor del trastorno, cuentan con más estrategias de afrontamiento.

En referencia al nivel de satisfacción familiar evaluada en el ESFA, después de la intervención se observa un cambio positivo en los cuidadores. Éste era uno de los objetivos principales de la intervención, ya que se esperaba un cambio en la respuesta afectiva del cuidador hacia la familia, un aumento en los sentimientos positivos que se despiertan en ellos al interactuar en las situaciones familiares, facilitando de este modo respuestas más cálidas en el cuidador.

En relación a los niveles de depresión (BDI) de los cuidadores, ya desde el inicio de la intervención la mayoría no presentan niveles de depresión clínica. Es importante destacar que los cuidadores que mostraban al inicio de la intervención niveles patológicos de depresión moderada, al finalizar ésta, vieron reducidos sus niveles hasta valores indicativos de no depresión. Se consigue, por tanto, uno de los objetivos que se habían planteado al inicio, la disminución de la sintomatología depresiva.

Así también los resultados obtenidos en el STAI, tanto rasgo como estado, indican que los familiares después de la intervención han reducido la ansiedad de forma importante y tienden a percibir las situaciones como menos amenazantes.

La mejoría en la situación general del cuidador está acompañada de una mejoría en la situación clínica de los hijos. A medida que los cuidadores han ido cambiando sus patrones de interacción familiar y han ido aprendiendo a afrontar la sintomatología, colaboran como un agente activo en el proceso de recuperación. Se trata pues de un proceso circular ya que el bienestar del cuidador y la salud del paciente se están continuamente retroalimentando. En línea con el modelo Maudsley, las intervenciones familiares más eficaces serán en aquellos pacientes en los que el periodo de evolución de la enfermedad sea menor y antes se resuelva la disfunción familiar que mantiene el TCA.

Una importante limitación de esta investigación es la ausencia de grupo control, que permitiría evaluar los factores relacionados con la propia evolución del trastorno asociados al tiempo (maduración pacientes, desarrollo habilidades en cuidadores, etc...). Por razones de ética profesional no es lícito dejar sin intervención familiar a ningún paciente por tener grupo control. Otra de las limitaciones es el reducido tamaño de la muestra. Esto, aunque a priori puede parecer una gran desventaja no lo es tanto, ya que si con una muestra tan pequeña se ha alcanzado la significación estadística en la mayoría de los contrastes efectuados, cabe suponer que el aumento en la potencia que se conseguiría al aumentar el tamaño de la muestra podría redundar en que algunas diferencias que no han alcan-

zado la significación estadística lo hubieran hecho. De hecho, se trata de un estudio piloto que se está continuando en la actualidad con nuevos pacientes cuyos datos hasta el momento van en la línea de reforzar las conclusiones a las que se ha llegado en el piloto.

Parece interesante para próximas investigaciones comprobar si estos resultados, obtenidos con cuidadores de pacientes con diagnóstico de AN-R, AN-P y TCANE, son extrapolables a otros diagnósticos clínicos de TCA como la BN. Estos nuevos datos pueden arrojar más luz sobre los aspectos a mejorar en futuras aplicaciones del programa.

## Referencias

- Anderson, C.M., Reiss, D.J. y Hogarty, G.E. (1986). *Schizophrenia and the Family: A Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management*. Buenos Aires: Amorrortu.
- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Barraca, J. y López-Yarto, L. (1997). *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos*. Madrid: TEA.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2ª Ed.)* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Coomber, K. y King, R.M. (2012). Coping strategies and social support as predictors and mediators of eating disorder carer burden and psychological distress. *Social Psychiatry Epidemiology*, 47, 789-796.
- Dare, C. y Eisler, I. (2000). A multyfamily group day treatment programme for adolescent eating disorders. *European eating disorders Review*, 8, 4-18.
- Eisler, I., Dare, C., Russell, G.F., Szmulker, G., le Grange, D. y Dodge, E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1025-1030.
- Espina, A. y Fernández, C. (1996). Un estudio descriptivo sobre características familiares en una muestra de Proyecto Hombre. *Revista Española de Drogodependencias*, 21, 109-118.
- Espina, A., Pumar, B., González, P., Santos, A., García, E. y Ayerbe, A. (2000). Emoción expresada y características de personalidad, psicopatológicas y de ajuste diádico en padres de esquizofrénicos. *Psiquis*, 21, 23-33.
- Garner, D. (1991). *The eating disorders inventory 2*. Odesa, FL: Psychological Assessment Ressources.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1979). The eating attitudes test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Goddard, E., Macdonald, P. y Treasure, J. (2011). An examination of the impact of the Maudsley Collaborative Care skills training workshops on patients with anorexia nervosa: a qualitative study. *European eating disorders review*, 19, 150-161.
- González, N.; Padierna, A.; Martín, J.; Aguirre, U. y Quintana, J.M. (2012). Predictors of change in perceived burden among caregivers of patients with eating disorders. *Journal of affective disorders*, 139, 273-282.
- INSALUD (2008). *Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Kazdin, A.E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson education.
- Kendrick, T. (1999). Primary care options prevent mental illness. *Annals of Medicine*, 31, 359-363.
- Martín, J., Padierna, A., Aguirre, U., Quintana, J.M., Las Hayas, C. y Muñoz, P. (2011). Quality of life among caregivers of patients with eating disorders. *Quality of life research*, 20, 1359-1369.
- Maurin, J.T. y Boyd, C.B. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives Psychiatric Nursing*, 4, 99-107.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1993) *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behaviours*. New York: Guildford Press.
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Ochoa de Alda, I., Espina, A. y Ortego, A. (2006) Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. *Clínica y salud*, 17, 151-170.
- Rojo, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán, L. y Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: a to stages epidemiologic



- study in a Spain population aged 12-18 years. *International journal of eating disorders*, 34, 281-291.
- Salorio, P., Ruiz, M.E., Torres, A., Sanchis, F. y Navarro, L. (1999) Psicoeducación familiar en grupo en los trastornos de la alimentación. Aplicación de un programa. *Revista electrónica de psiquiatría*, 3, 1.
- Schmidt, U. y Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British journal of clinical psychology*, 45, 343-366.
- Scholz, M. y Asen, E. (2001). Multiple family therapy with eating disorders adolescents: Concepts and preliminary results. *European eating disorders review*, 9, 33-42.
- Sepúlveda, A.R., Graell, M., Berbel, E., Anastasiadou, D., Botella, J., Carrobes, J. y Morande, G. (2012). Factors associated with emocional well-being in primary and secondary caregivers of patients with eating disorders. *European eating disorders review*, 20, 78-84.
- Sepúlveda, A.R., Todd, G., Whitaker, W., Grover, M., Stahl, D. y Treasure, J. (2010). Expressed emotion in relatives of patients with eating disorders following skills training program. *International journal of eating disorders*, 43, 603-10.
- Sepúlveda, A.R., Kyriacou, O. y Treasure, J. (2009). Development and validation of the Accomodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED) for caregivers in eating disorders. *Health Services Reasearch*, 9, 171.
- Sepúlveda, A.R., Whitney, J., Hankins, M. y Treasure, J. (2008). Development and validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorders. *Health and quality of life outcomes*, 6, 28-42.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1980). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychology Press.
- Szmukler, G.I., Burgess, P., Herrman, H. y Benson, A. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: the development of the experience of care giving inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 137-148.
- Tantillo, M. (2003) Eating disorders multifamily therapy group: capitalizing on the healing power of relationship. *Eating disorders today*, 2, 12-13.
- Tantillo, M. (2006). A relational approach to eating disorders multifamily therapy group: moving from difference and disconnection to mutual connection. *Families, systems & health*, 24, 82-102.
- Treasure, J., Sepúlveda, A., Macdonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., Kyriacou, O. y Todd, G. (2008a). The assessment of the family of people with eating disorders. *European eating disorders review*, 16, 247-255.
- Treasure, J., Sepúlveda, A.R., MacDonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., Kyriacou, O. y Todd, G. (2008b) Interpersonal mantaining factors in eating disorders: Skills sharing interventions for carers. *International journal of child and adolescent health*, 1, 331-338.
- Vandereycken W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez-Roca.

Fecha de recepción: 06/03/2013

Fecha de aceptación: 17/10/2013

# Programa combinado para mejorar el estado emocional y prevenir el deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados

*María Begoña Garín Gómez*

Estudiante de doctorado de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia,

*Alfredo Briones Aranda*

Profesor investigador de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Autónoma de Chiapas,

*Soledad Ballesteros Jiménez*

Profesora titular de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia,

## resumen/abstract:

Diversos programas de entrenamiento combinado (PEC) basados en ejercicios físicos y neuropsicológicos se utilizan cada vez más con mejores resultados, dentro de las terapias no farmacológicas. En el presente trabajo, se realizó un estudio empírico cuasi-experimental, en donde se evaluó la influencia de un PEC sobre la mejora de las capacidades afectivas, cognitivas y de independencia, tras un año de intervención con adultos mayores institucionalizados (AMI) de una residencia para ancianos en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, México (19 mujeres y 23 hombres).

Durante este proceso, tanto al inicio como al final, se evaluaron las distintas áreas de estudio, mediante la utilización de las pruebas de Hamilton, Beck, Lobo y Barthel, en donde se pudo observar una tendencia positiva ejercida por el PEC en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión en los hombres, así como la disposición que tuvo este programa para evitar el progreso del deterioro cognitivo en ambos grupos. Por lo anterior y en consideración de la carencia de programas destinados a coadyuvar el mejoramiento de la salud mental de los AM en el estado de Chiapas, el PEC podría proponerse como una estrategia de bajo costo, encaminada a procurar la salud integral de los AMI.

*It is ever more common to use diverse programs of combined training (PCT) based on physical and neuropsychological exercise to improve the results of non-pharmacological therapies. However, there is a scarcity of such programs used as coadjuvant therapy for improving the mental health of seniors in the state of Chiapas, Mexico. In the present study, a quasi-experimental empirical study was carried out to evaluate the influence of a one-year PCT on the improvement of capacities related to affection, cognition and independence. The program was applied to seniors (19 women and 23 men) institutionalized in a home in Tuxtla Gutierrez, Chiapas, Mexico.*

*The tests of Hamilton, Beck, Lobo and Barthel were employed at the beginning and end of the one-year program to evaluate various areas. At the end of the program, there was a tendency to a decrease in the anxiety and depression of the men, as well as in the cognitive deterioration of both groups. Hence, this PCT could be a useful and low-cost strategy aimed at fortifying the overall health of seniors.*

## palabras clave/keywords:

Ansiedad, depresión, deterioro cognitivo, estrés, dependencia, adulto mayor  
*Anxiety, depression, cognitive impairment, stress, dependence, older adult.*

## Introducción

Recientemente, el grupo de los adultos mayores (AM) ha cobrado mayor relevancia en la distribución de la pirámide poblacional mexicana. En el estado de Chiapas los AM representan 4.9% de la población, lo que equivale a 234 982 adultos, mayores de 65 años (censo de población y vivienda, 2010). En el panorama mundial, este grupo etario se ha relacionado con un incremento en las enfermedades mentales, entre las que se incluyen los trastornos emocionales (depresión y ansiedad) y los trastornos cognitivos como la enfermedad de Alzheimer (EA) (Ballesteros y Reales, 2004; Ballesteros, Reales, Mayas, y Heller, 2008).

En los AM, la enfermedad afectiva más frecuente y que se acentúa con mayor severidad, es la depresión, influenciada por factores psicosociales, como el deterioro en la salud, percepción de indefensión, duelos, problemas económicos, abandono familiar, y otros (Pérez, 2006; Chou y Cheung, 2013; Feola y cols., 2013).

La ansiedad puede definirse como una respuesta disfuncional y adaptativa frente a situaciones potencialmente peligrosas, la cual puede incidir negativamente en el proceso de envejecimiento (DSM-IV TR) (Grenier y cols., 2011). Algunos factores de riesgo en los AM para desarrollar este trastorno, son: el género –ser mujer–, status de viudez, la jubilación, enfermedades, disfunción familiar, etc. (Eaton y Keyl, 1990; Feola y cols., 2013).

La pérdida de memoria es uno de los aspectos principales del deterioro cognitivo que ocurre durante el envejecimiento (Light, 1991; Hogervorst, 2013). La disminución en la tasa de fluidez verbal categorial, es uno de los indicios o síntomas que prime-

ro aparecen como parte de las alteraciones en la memoria semántica en las demencias tipo EA, alteración que es tanto un buen predictor cognitivo como un indicador del grado de severidad de las demencias (Peraita y Sánchez Bernardos, 1998; Peraita y Moreno, 2006).

Existen diversos factores que pueden estar asociados a las alteraciones de memoria a una edad avanzada, los cuales los hemos agrupado en dos grandes rubros, las enfermedades crónicas degenerativas y factores o trastornos neuropsicológicos estrechamente vinculados al primer rubro. Como ejemplos relacionados con las enfermedades crónicas se describen, la diabetes mellitus (Rao, 2013), la hipertensión arterial (Alosco y cols., 2012), artritis reumatoide (Leveille y cols., 2007), enfermedades de la vista (van der Aa y cols., 2013), etc., mientras que se destacan algunos como ejemplos del segundo rubro: el estrés crónico (Peavy y cols., 2012), la tendencia al aislamiento social (Cavanaugh y Poon, 1989), la desmotivación para realizar tareas domésticas cotidianas (Herzog, Dixon, y Hultsch, 1990; Jiang y Xu, 2013), la mayor dependencia para realizar actividades sencillas (Brown, Kiely, Bharel, y Mitchell, 2013), trastornos del sueño (Jausent y cols., 2011), depresión y trastornos de ansiedad (Feola y cols., 2013).

Uno de los primeros modelos de intervención dirigido a la prevención y disminución de los efectos devastadores del envejecimiento fue la “gerontología conductual” (Baltes y Barton, 1979), un modelo que puede ser adaptado para el tratamiento individual o grupal en AM internos en casas de asistencia, cuyo propósito principal es mejorar y prolongar un estilo de vida independiente entre los AM (Baltes, 1988; Izal

y Montorio, 1999). En esta misma línea, la revisión de Olazarán y colaboradores (2010), pone de manifiesto la importancia que tienen las diversas estrategias agrupadas en los tratamientos no farmacológicos destinados a mejorar los trastornos cognitivos como la EA en los AM. Destacando que en la implementación de las diversas intervenciones solas o combinadas, como el entrenamiento cognitivo, el ejercicio físico o las actividades lúdicas, se deben tomar en consideración la capacitación y profesionalización de los cuidadores, y en donde además del éxito terapéutico ampliamente referido con la implementación de estos programas, se debe considerar la gran ventaja que representa el bajo costo económico que se requiere para la instrumentación de estas estrategias en los países subdesarrollados.

Estudios recientes han revelado la importancia del entrenamiento combinado (ejercicios físicos y cognitivos), en la obtención de grandes beneficios para adultos mayores sanos y para aquellos que manifiestan bajo nivel de disfunción cognitiva (O'Hara y cols., 2007; Pichierri y cols., 2012).

Algunos estudios han enfatizado la importancia de realizar ejercicio físico con regularidad por parte de AM para disminuir el riesgo en el desarrollo temprano de alteraciones cognitivas (Dik, Deeg, Visser y Jonker, 2003), mientras que otras investigaciones coinciden en exponer los beneficios que brindan para la cognición, tanto las rutinas aeróbicas como las no-aeróbicas (Colcombe y Kramer, 2003). Además, se ha reportado que el ejercicio aeróbico en los AM ejerce diferencias significativas sobre el grado de satisfacción psicológica, posiblemente relacionado con los cambios positivos en el estado de ánimo (de Gracia

y Marco, 2000). Consecuentemente, los beneficios del ejercicio aeróbico además de prevenir o frenar el deterioro cognitivo, fortalece el grado de independencia en los AM.

Por todo lo anterior, el propósito principal del presente estudio fue conocer el impacto del PEC en las habilidades cognitivas, la estabilidad emocional y el grado de independencia en una población de adultos mayores institucionalizados (AMI).

## Método

### Participantes

Los ancianos participantes en este estudio viven en la "Casa Hogar Ancianos" (casa de retiro) de Tuxtla Gutiérrez, en el estado de Chiapas; adscrita al organismo público descentralizado conocido como Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF – Chiapas).

El estudio incluyó 23 hombres y 19 mujeres cuya edad oscilaba entre el rango de los 70 a 97 años; (*ver la tabla 1*). La mayoría de los AMI tenía un nivel socioeconómico bajo, el grado educativo presentado también fue bajo; más de la mitad (56%) era analfabeta, 15 de ellos (36%) completó únicamente la educación primaria, dos (4.7%) terminaron la secundaria y tres (7%) manifestaron haber concluido la preparatoria. La mayor parte de las personas que habitan este asilo ha sido abandonada por sus familiares y sufre de diferentes grados de discapacidad física y/o cognitiva.

Los ancianos con algún deterioro en la salud mental o física que imposibilitaran su evaluación fueron excluidos de este estudio, así como aquellos que se encontraban fuera del rango de edad descrito en el párrafo anterior. El estudio fue instrumentado

de enero a diciembre de 2011 con los 42 ancianos que dieron su consentimiento previo, y se respaldó con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas.

**Tabla 1.** Distribución de la población de estudio por sexo y edad.

| SEXO    | n.(%)    | EDAD<br>Media±D.T. |
|---------|----------|--------------------|
| Hombres | 23-(55)  | 79.69±6.60         |
| Mujeres | 19-(45)  | 81.05±7.55         |
| Total   | 43-(100) | 80.31±6.99         |

### Variables e instrumentos de evaluación

En el desarrollo de la investigación se evaluaron las siguientes variables: Niveles de ansiedad. Esta evaluación se realizó a través de la prueba de Hamilton (1959) y consiste en 13 ítems relacionados con los signos y síntomas vinculados con el padecimiento, además de una evaluación de la conducta realizada durante la entrevista. El resultado puede fluctuar entre los 0 y los 56 puntos. El obtener un resultado de 6 a 14 puntos indica la necesidad de proporcionar atención clínica al sujeto.

También se evaluaron los signos de depresión, mediante la prueba de Beck (Beck, Epstein, Brown, y Steer, 1988), la cual consiste en 21 ítems; un resultado que va de los 10 a los 18 puntos indica la necesidad de proporcionar atención clínica.

Se valoró la capacidad cognitiva a través Mini-examen cognoscitivo de Lobo y cols. (1999), el cual estaba integrado por cinco

áreas de conocimiento: orientación, atención, concentración, planeación, memoria y lenguaje. Este test es utilizado para monitorear a pacientes con demencia y consiste en 35 reactivos con un marcador máximo de 35. Un resultado de 24 o menor es considerado un indicativo de demencia.

Finalmente, la prueba de Barthel (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997) fue aplicada para estimar el nivel de dependencia de los participantes.

### Procedimiento: programa y evaluación

Se aplicó un programa de entrenamiento combinado (PEC) que incluía ejercicios físicos y cognitivos, técnicas de motivación y actividades orientadas a mejorar las habilidades sociales, así como la capacidad de resolver retos de la vida cotidiana.

El entrenamiento cognitivo se basó en ejercicios del *Grupo de trabajo para la estimulación cognitiva de los adultos mayores*, desarrollado por Sardinero (2010), que hace énfasis en seis áreas de trabajo: atención, función ejecutiva, lenguaje, memoria, percepción, lectoescritura y construcción visual. Este entrenamiento cognitivo fue combinado con ejercicios aeróbicos de bajo impacto y con estimulación de las funciones motoras a través de varios objetos.

Los participantes llevaron a cabo actividades recreativas dirigidas a mejorar sus habilidades sociales; realizaron ejercicios relacionados con su vida cotidiana, orientados a fortalecer su capacidad de independencia; al mismo tiempo que se incrementó su motivación a través de distintas técnicas conductuales, como el modelado y el reforzamiento positivo. Todas estas prácticas se desarrollaron de forma holística en sesiones

de dos horas, tres días a la semana, durante doce meses (ver tabla 2). Con la finalidad de observar posibles diferencias con la instrumentación del PEC, se aplicó la batería de pruebas arriba mencionada, al inicio y al final de esta intervención.

## Resultados

Analizamos los resultados en los AMI (mujeres y hombres) con los que se realizó la intervención.

**Tabla 2.** Actividades que integran al PEC

| Actividades   | Duración |
|---|----------|
| Orientación de la realidad (fecha, hora, etc.)  | 20 min.  |
| Actividad sensorial-motora (estiramiento, ejercicio de bajo impacto físico y la relajación con música).   | 35 min.  |
| Ejercicios de: atención, concentración y funciones ejecutivas (memorizar listas de utensilios cotidianos, el lenguaje, sopa de letras, juegos de dominó, rompecabezas, secuencias, categorizaciones, integridad de datos, etc.)<br>Estimulación sensorial (identificación de objetos, olores, sabores, sonidos, formas, texturas, etc.) | 45 min.  |
| Retroalimentación y despedida.  | 20 min.  |

## Análisis de datos

Dadas las características de la muestra y de las variables estudiadas se utilizaron los siguientes procedimientos estadísticos: Distribución de frecuencias para la variable sexo; puntuaciones medias para la variable edad; test de Wilcoxon para muestras relacionadas, para comparaciones entre variables evaluadas en un mismo sujeto en distintos momentos, y prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes, orientada a analizar las diferencias entre los hombres y las mujeres tanto al inicio como al final del PEC.

*Grupo de AMI mujeres:* Los resultados obtenidos por los 19 individuos que participan correctamente en el PEC se muestran en la siguiente tabla (Tabla 3). Podemos observar que en la totalidad de las variables estudiadas no se advierten diferencias significativas al comparar los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas aplicadas al inicio y al final del PEC.

*Grupo de los AMI hombres:* El impacto positivo en la mayoría de las variables estudiadas se apreció de manera sorprendente en este grupo (23 hombres); el PEC redujo de manera significativa tanto los niveles de

ansiedad como de depresión, e incrementó la capacidad de independencia. Se pudo apreciar de manera significativa la disminución de la depresión en este grupo, cuando se contrastó con los niveles de ansiedad de las mujeres en el periodo posterior a la intervención. No obstante, por lo que a las capacidades cognitivas se refiere, se mantuvieron estables durante el desarrollo del estudio, de acuerdo con la medición efectuada.

Lo anterior demuestra la eficiencia del *Programa de entrenamiento combinado PEC* tanto para mejorar como para mantener el funcionamiento de las distintas áreas neuropsicológicas, en los adultos mayores.

## Discusión

Como ya se ha señalado, la dificultad del AM para adaptarse y mantener la homeostasis en la vejez depende de diversos factores biopsicosociales; por ejemplo: afrontar problemas de tensión o estrés, ante diversas situaciones como: el aislamiento, la pérdida de familiares y amigos, la inseguridad económica, las enfermedades crónicas y la cercanía de la muerte (Brenes y cols., 2005; 2007); en donde, la capacidad para sobreponerse a los agentes estresantes está relacionada con la estructura genética, el medio ambiente en el que se desarrolla el individuo, el grado de funcionalidad de los diversos aparatos y sistemas del organismo,

Tabla 3. Diferencias de medias de cada una de las variables antes (Pre) y después (Post) de la intervención.

| VARIABLES           | Pre<br>m(DT)     |                  | Post<br>m(DT)    |                  | Wilcoxon<br>Z (p)  |                          | U de Mann-Whitney<br>U(p) |                         |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------|
|                     | M                | H                | M                | H                | M Pre vs<br>M Post | H Pre vs<br>H Post       | M Pre vs H Pre            | M Post vs<br>H Post     |
| Ansiedad            | 15.10<br>(6.81)  | 18.34<br>(10.74) | 14.52<br>(5.93)  | 14.30<br>(5.32)  | 0.09<br>(n.s)      | <b>2.16</b><br>(*p<0.03) | 241 (n.s)                 | 208 (n.s)               |
| Depresión           | 15.68<br>(6.35)  | 19.30<br>(9.76)  | 18.53<br>(9.07)  | 12.69<br>(6.10)  | 1.09 (n.s)         | <b>2.38</b><br>(*p<0.01) | 266.5 (n.s)               | <b>133</b><br>(*p<0.03) |
| Capacidad Cognitiva | 17.63<br>(9.56)  | 17.01<br>(9.37)  | 16.10<br>(9.30)  | 16.13<br>(7.78)  | 1.76 (n.s)         | 92.5 (n.s)               | 210.5 (n.s)               | 213.5 (n.s)             |
| Independencia       | 57.05<br>(32.93) | 50.21<br>(36.51) | 59.94<br>(32.71) | 55.13<br>(31.52) | 0.66 (n.s)         | <b>2.03</b><br>(*p<0.05) | 190.5 (n.s)               | 200.5 (n.s)             |

Nota. m=media; DT=Desviación típica; H=hombres; M=mujeres

así como de la eficacia con que estos sistemas dan respuesta a las situaciones estresantes (Briones y cols., 2012; Oitzl, Champagne, van der Veen, y de Kloet, 2010). En esta misma línea, se ha reportado que los AMI tienen problemas médicos y psicológicos más graves que los AM que permanecen con sus familias (Hyer y Blazer, 1982; Rodríguez, 2007); además, el estrés puede tener una influencia marcada tanto en el desarrollo de trastornos afectivos como en la esperanza de vida (Oitzl y cols., 2010).

En el mismo contexto, referente a las instituciones de los AM en países subdesarrollados como México, factores como la inadecuada infraestructura, la nula profesionalización del personal para el cuidado de los mismos, carencia de tratamientos médicos integrales, podrían representar verdaderas fuentes de estrés (Ruipérez y Llorente, 2004), que también generan un impacto negativo sobre las áreas afectivas y cognitivas de los AMI (Velasco, Mendoza, Torres, y Saucedo, 2011).

Dentro de los estados afectivos, la ansiedad tiene una relación estrecha con el estrés, ya que ambos estados comparten similar regulación por diversos sistemas de neurotransmisión (Briones-Aranda, López, y Picazo, 2002; Kapfhammer, 2011) y presentan interacción en sus manifestaciones clínicas (Kapfhammer, 2011). La relación estrés-ansiedad se evidencia claramente en los AMI (Eaton y cols., 2011) y la prevalencia es mayor en los AM que viven en el medio urbano (Prina, Ferri, Guerra, Brayne, y Prince, 2011).

En la actualidad existe una variedad de estrategias encaminadas a disminuir los efectos negativos de la ansiedad en los AMI. Por ejemplo, la implementación tanto de un programa de ejercicio físico (Casas-

Herrero y Izquierdo, 2012) como de un PEC han impactado en el decremento de la ansiedad de los AMI (Rebok, Carlson, y Langbaum, 2007). Lo anterior está en línea con el impacto positivo del PEC sobre la disminución en la ansiedad que se observó en el grupo de los hombres. Sin embargo en el grupo de las mujeres, posterior a la implementación del PEC, los niveles de ansiedad subclínica se mantuvieron constantes con respecto a los niveles obtenidos antes de la intervención, lo cual coincide con los resultados obtenidos en otros estudios en donde se ha referido que los AMI pueden mantener niveles de ansiedad leve o subclínica (Fisher y Noll, 1996; Sheikh y Cassidy, 2000).

Por otra parte, es bien conocida la disminución significativa de los estrógenos en mujeres tanto a nivel sérico como cerebral en el periodo postmenopáusico (Bixo, Backstrom, Winblad y Andersson 1995; Rosario y cols., 2011; Barron y Pike, 2012). De manera contraria, otros estudios en hombres han referido niveles conservados de testosterona circulantes en los AM (Muller y cols., 2003; Hogervorst, 2013), a pesar de la reducciones de esta hormona conforme aumenta la edad; e incluso otra investigación ha reportado que el principal metabolito activo de la testosterona, la hidrotosterona, no parece tener cambios con la edad (Kaufman y Vermeulen, 2005). Por todo lo anterior y considerando la importancia de los estrógenos en los trastornos de ansiedad y depresión ampliamente referidos en estudios con animales y humanos (Picazo, Estrada-Camarena y Hernández-Aragón, 2006; Walf y Frye, 2006; Studd, 2011), es posible sugerir, que el factor hormonal podría estar influyendo en las diferencias encontradas, después de la implementación



del PEC, en los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres cuando se compararon con las hombres, a pesar de que en nuestra población de estudio no se midieron las hormonas esteroideas gonadales a nivel sérico.

Por otra parte, dentro de las alteraciones del estado de ánimo ligadas a eventos estresantes crónicos que suelen presentar los AM se encuentra la depresión (Durá, Stukenberg, y Kiecolt-Glaser, 1990). La prevalencia de la depresión en la población geriátrica oscila entre 10 a 20% (Barua Ghosh, Kar, y Basilio, 2010). Los datos epidemiológicos muestran que los AMI presentan mayor prevalencia de depresión en comparación con la población de AM no institucionalizados (de Menezes y Bachion, 2008). Además las mujeres tienen mayor tendencia a padecer cuadros depresivos que los hombres (Bekker y van Mens-Verhulst, 2007; Prina y cols., 2011). Uno de los factores implicado en la etiología de los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, es el aumento en la capacidad de respuesta al estrés (Carvalho-Netto y cols., 2011). Lo que induce a proponer la teoría de la vulnerabilidad al estrés, centrada en tratar de explicar la tendencia que tienen las mujeres a padecer en mayor proporción depresión y ansiedad (Almáida y cols., 2012; Chou y Cheung, 2013). Sin embargo, actualmente no se han encontrado evidencias contundentes coherentes con las diferencias en las reacciones para lidiar con el estrés entre hombres y mujeres (Ong, Phillips y Chai, 2013), además existe relativamente poco conocimiento acerca de tales diferencias de género entre los AM (Ong y cols., 2013).

Por lo anterior, es indispensable continuar estudiando en el futuro esta propuesta, con la finalidad de tener más elementos que

permitan ayudar a encontrar mejores explicaciones relacionadas con nuestros resultados.

Otro factor a considerar en el análisis de la depresión, es lo descrito en varios estudios, que correlacionan el bajo nivel escolar de los AM con la presencia de trastornos depresivos (Bojorquez-Chapela y cols., 2009; Li y cols., 2013; Jozwiak, Preville, y Vasiliadis, 2013), por lo que es muy factible que la mayor proporción de analfabetismo observada en el grupo de las mujeres, en comparación con los hombres (datos no incluidos), haya influido de manera contundente tanto en el efecto positivo del PEC sobre la reducción de la depresión en los hombres, como en la falta de efecto del PEC sobre los niveles de depresión en el grupo de las mujeres. Sin embargo, el hecho de que en las mujeres no se observen cambios significativos en los niveles de depresión, no demerita la influencia positiva del PEC sobre esta área afectiva, ya que al igual que con la ansiedad la ejecución del PEC mantuvo uniformes las manifestaciones de depresión en las mujeres, después de doce meses de la intervención.

Por otra parte, el déficit cognitivo puede anteceder a una demencia y es multifactorial, ya que se ha relacionado tanto con el estrés crónico como con los factores asociados a los trastornos afectivos. Por lo anterior, al tratar de esquematizar la compleja vinculación entre los trastornos afectivos (ansiedad y depresión) y el deterioro cognitivo, se puede ilustrar a través de una disposición cíclica de los elementos afectivos, en donde la influencia del estrés incida en el centro del círculo e influya sobre la homeostasis interna de cada organismo.

Por todo lo anterior, la posible explicación de la aparente falta de efecto del PEC so-

bre el deterioro cognitivo en ambos sexos, podría estar basada en el efecto sumatorio de los factores estresantes generados en el medio institucional previamente mencionados, que se contraponen e incluso superan los efectos beneficiosos del PEC.

No obstante, nuevamente es rescatable el mantenimiento en el puntaje obtenido en la mayoría de las pruebas aplicadas en comparación con los niveles observados en la línea base; por lo cual en otros estudios, este hallazgo es considerado como un éxito terapéutico (Izal y Montorio, 1999).

En suma a lo antepuesto, se podría considerar al PEC como una estrategia adecuada para evitar el detrimento en la capacidad cognitiva de los AMI, similar a lo que ha sido reportado en otros estudios con otros PEC (Rebok y cols., 2007).

Por otro lado, la capacidad de independencia es proporcional al grado de funcionalidad física y neuropsicológica de los AM, en donde el padecer depresión y ansiedad hacen más vulnerable al AM para generar dependencia (Horgas, Wilms y Baltes, 1998). En el presente estudio, en los AMI (mujeres), se encontraron niveles de dependencia moderados que se mantuvieron sin cambios a lo largo de la implementación del PEC. El argumento para tratar de explicar estos hallazgos, pudiera estar relacionado con estudios previos, en donde los trastornos depresivos y la ansiedad en los AM disminuyeron la capacidad de independencia para hacer frente a las actividades de la vida diaria (Grabovich y cols., 2010; Schustser, Manetti, Aeschmann, y Limosin 2013). Además, estos trastornos pueden influir negativamente en el desarrollo adecuado de algunos programas de rehabilitación, específicamente en la falta de capacidad para aprender nuevas tareas,

en el procesamiento de la información y la orientación al logro de determinados objetivos (Horowitz, Reinhardt, Boerner, y Travis, 2003; Lenze y cols., 2007). Además, de otros factores relacionados con los cuidadores, por ejemplo, el impedir a los AMI la realización de casi toda actividad cotidiana (aseo personal, desarrollo de habilidades, traslado peatonal, etc.), aunado a la ausencia de motivación hacia el logro; elementos que se relacionan con la teoría de las contingencias (Maier y Seligman, 1975). De manera contraria, en los hombres se constató la eficacia del PEC, a lo largo de su instrumentación, caracterizado por un aumento en la capacidad de independencia, esta diferencia posiblemente también esté relacionada con el efecto positivo que ejerció el PEC sobre los niveles de ansiedad y depresión en los AMI hombres.

Por último, actualmente en el Estado de Chiapas, México, únicamente se cuenta con actividades lúdicas o deportivas aisladas en las instituciones encargadas atender a los AM y se carece de un PEC que coadyuve en el mejoramiento de la salud mental. Así, nuestro objetivo de cara al futuro es continuar en la profundización de las estrategias para la aplicación del PEC en grupos de estudio similares y contribuir en mejorar la integración y perfeccionamiento de este programa. Lo anterior, basado en las propiedades del PEC que atiende, fortalece e impacta, las tres esferas de los AM: física, psicológica y social, detonando en el fortalecimiento del AM para enfrentar los embates negativos del estrés, para disminuir los trastornos afectivos, evitar el progreso del deterioro cognitivo, lo que redundara en el mejoramiento de la independencia y la calidad de vida los AMI, a bajo costo.

## Referencias

- Almeida, O. P., Draper, B., Pirkis, J., Snowdon, J., Lautenschlager, N. T., Byrne, G., Sim, M., Stocks, N., Kerse, N., Flicker, L., y Pfaff, J. J. (2012). Anxiety, depression, and comorbid anxiety and depression: risk factors and outcome over two years. *International psychogeriatrics / IPA*, 24 (10), 1622-1632.
- Alosco, M. L., Brickman, A. M., Spitznagel, M. B., van Dulmen, M., Raz, N., Cohen, R., Sweet, L. H., Colbert, L. H., Josephson, R., Hughes, J., Rosneck, J., y Gunstad, J. (2012). The independent association of hypertension with cognitive function among older adults with heartfailure. *Journal of the neurological sciences*, 323 (1-2), 216-20.
- Ballesteros, S., Reales, J. M., Mayas, J., y Heller, M. A. (2008). Selective attention modulates visual and haptic repetition priming: effects on ageing and Alzheimer's disease. *Experimental Brain Research*, 189 (4), 473-483.
- Ballesteros, S., y Reales, J. M. (2004). Intact haptic priming in normal aging and Alzheimer's disease: evidence for dissociable memory systems. *Neuropsychologia*, 42 (8), 1063-1070.
- Baltes, M. M. (1988). The etiology and maintenance of dependency in the elderly: Three phases of operant research. *Behavior Therapy*, 19, 301-319.
- Baltes, M. M., y Barton, E. (1979). Behavioral analysis of aging: A review of the operant model and research. *International Journal of Behavioral Development*, 2, 297-320.
- Barret, T. R., y Watkins, S. K. (1986). Word familiarity and cardiovascular health as determinants of age-related recall differences. *Journal of Gerontology*, 41 (2), 222-224.
- Barron, A. M., y Pike, C. J. (2012). Sex hormones, aging, and Alzheimer's disease. *Frontiers in bioscience (Elite edition)*, 4, 976-997.
- Barua, A., Ghosh, M. K., Kar, N., y Basilio, M. A. (2010). Socio-demographic Factors of Geriatric Depression. *Indian Journal Psychological Medicine*, 32 (2), 87-92.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 893-897.
- Bekker, M. H., y van Mens-Verhulst, J. (2007). Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment. *Gender Medicine*, 4, 178-193.
- Bixo, M., Backstrom, T., Winblad, B., y Andersson, A. (1995). Estradiol and testosterone in specific regions of the human female brain in different endocrine states. *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology*, 55 (3-4), 297-303.
- Bojorquez-Chapela, I., Villalobos-Daniel, V. E., Manrique-Espinoza, B. S., Tellez-Rojo, M. M., y Salinas-Rodríguez, A. (2009). Depressive symptoms among poor older adults in Mexico: prevalence and associated factors. *Pan American journal of public health*, 26 (1), 70-77.
- Brenes, G. A., Guralink, J. M., Williamson, J. D., Fried, L. P., Simpson, C., Simonsick, E. M., y Penninx, B. W. (2005). The influence of anxiety on the progression of disability. *Journal American Geriatric Society*, 53 (1), 34-39.
- Brenes, G. A., Kritchevsky, S. B., Mehata, K. M., Yaffe, K., Simonsick, E. M., Ayonayon, H. N., Rosano, C., Rubin, S. M., Satterfield, S., y Penninx, B. W. (2007). Scared to death: results from the health, Aging and Body, Composition study. *Journal American Geriatric Society*, 15 (3), 262-265.
- Briones, A., Gagno, S., Martisova, E., Dobarro, M., Aisa, B., Solas, M., Tordera, R., y Ramirez, M. (2012). Stress-induced anhedonia is associated with an increase in Alzheimer's disease-related markers. *British Journal Pharmacological*, 165 (4), 897-907.
- Briones, A., López, C., y Picazo, O. (2002). Influence of forced swimming-induced stress on the anxiolytic-like effect of 5HT (1A) agents in mice. *Psychopharmacology*, 162 (2), 147-155.
- Brown, R.T., Kiely, D.K., Bharel, M., y Mitchell, S.L. (2013). Factors associated with geriatric syndromes in older homeless adults. *Journal of health care for the poor and underserved*, 24(2), 456-468.
- Carvalho-Netto, E. F., Myers, B., Jones, K., Solomon, M. B., Herman, J. P. (2011). Sex differences in synaptic plasticity in stress-responsive brain regions following chronic variable stress. *Physiology and behavior*, 104 (2), 242-247.
- Casas-Herrero, A., y Izquierdo, M. (2012). Physical exercise as an efficient intervention in frail elderly persons. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 35 (1), 69-85.
- Cavanaugh, J. C., y Poon, L. W. (1989). Metamemorial Predictors of memory performance in young and older adults. *Psychology and Aging*, 4 (3), 365-368.
- Chou, K. L., Cheung, K. C. (2013). Major depressive disorder in vulnerable groups of older adults, their course and treatment, and psychiatric comorbidity. *Depress Anxiety*, 30 (6), 528-537.
- Cid-Ruzafa, J., y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71 (2), 127-137.
- Colcombe, S., y Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychological Science*, 14 (2), 125-130.

- de Gracia, M., y Marco, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*, 12 (2), 285-292.
- deMenezes, R. L., y Bachion, M. M. (2008). Study of intrinsic risk factors for falls in institutionalized elderly people. *Ciência&SaúdeColetiva*, 13 (4):1209-1218.
- Dik, M., Deeg, D. J., Visser, M., y Jonker, C. (2003). Early life physical activity and cognition at old age. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25 (5), 643-653.
- Dura, J. R., Stukenberg, K. W., y Kiecolt-Glaser, J. K. (1990). Chronic stress and depressive disorders in older adults. *Journal Abnormal Psychology*, 99 (3), 284-290.
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., y Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychological Medicine*, 41 (5), 1041-1050.
- Eaton, W. W., y Keyl, P. M. (1990). Risk factors for the onset of Diagnostic Interview Schedule/DSM-III agoraphobia in a prospective, population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 47 (9), 819-824.
- Feola, M., Garnero, S., Vallauri, P., Salvatico, L., Vado, A., Leto, L., y Testa, M. (2013). Relationship between Cognitive Function, Depression/Anxiety and Functional Parameters in Patients Admitted for Congestive Heart Failure. *The open cardiovascular medicine journal*, 7, 54-60.
- Fisher, J. E., y Noll, J. P. (1996). Anxiety disorders. In L. L. Carstensen, B. A. Edelman, y L. Dornbrand (Eds.) *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 304-323). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Grabovich, A., Lu, N., Tang, W., Tu, X., y Lyness, J. M. (2010). Outcomes of subsyndromal depression in older primary care patients. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 18 (3), 227-235.
- Grenier, S., Prévile, M., Boyer, R., O'Connor, K., Béland, S. G., Potvin, O., Hudon, C., y Brassard, J. (2011). The impact of DSM-IV symptom and clinical significance criteria on the prevalence estimates of subthreshold and threshold anxiety in the older adult population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19 (4), 316-326.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal Medicine Psychology*, 32 (1), 50-55.
- Herzog, C., Dixon, R. A., y Hultsch, D. F. (1990). Relationships between metamemory, memory predictions and memory task performance in adults. *Psychology and Aging*, 5 (2), 215-227.
- Hogervorst, E. (2013). Effects Of Gonadal Hormones On Cognitive Behavior In Elderly Men And Women. *Journal of neuroendocrinology*, doi: 10.1111/jne.12080.
- Horgas, A. L., Wilms, H. U., y Baltes, M. M. (1998). Daily life in very old age: everyday activities as expression of successful living. *The Gerontologist*, 38 (5), 556-568.
- Horowitz, A., Reinhardt, J. P., Boerner, K., y Travis, L. A. (2003). The influence of health, social support quality and rehabilitation on depression among disabled elders. *Aging & mental health*, 7 (5), 342-350.
- <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/estadistica/default.aspx>
- Hyer, L., y Blazer, D. G. (1982). Depressive symptoms: impact and problems in long term care facilities. *International Journal of Behavioral Geriatrics*, 1 (3), 33-44.
- Izal, M., y Montorio, I. (1999). *Gerontología Conductual, Bases para la Intervención y ámbitos de aplicación*. España: (Ed.) Síntesis.
- Jausset, I., Dauvilliers, Y., Ancelin, M. L., Dartigues, J. F., Tavernier, B., Touchon, J., Ritchie, K., y Besset, A. (2011). Insomnia symptoms in older adults: associated factors and gender differences. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 19 (1):88-97.
- Jiang, C., y Xu, Y. (2013). The association between mild cognitive impairment and doing housework. *Aging Mental Health*, PMID: 23919266.
- Jozwiak, N., Preville, M., y Vasiliadis, H. M. (2013). Bereavement-related depression in the older adult population: A distinct disorder? *Journal of affective disorders*, doi:pii: S0165-0327(13)00672-1. 10.1016/j.jad.2013.08.038.
- Kapfhammer, H. P. (2011). The relationship between depression, anxiety and heart disease- a psychosomatic challenge. *Psychiatric Danubina*, 23(4), 412-424.
- Kaufman, J. M., y Vermeulen, A. (2005). The decline of androgen levels in elderly men and its clinical and therapeutic implications. *Endocrine reviews*, 26(6), 833-876.
- Lenze, E. J., Skidmore, E. R., Dew, M. A., Butters, M. A., Rogers, J. C., Begley, A., Reynolds, C. F. 3rd, y Munin M. C. (2007). Does depression, apathy or cognitive impairment reduce the benefit of inpatient rehabilitation facilities for elderly hip fracture patients? *General hospital psychiatry*, 29 (2), 141-146.
- Leveille, S. G., Bean, J., Ngo, L., McMullen, W., y Guralnik J. M. (2007). The pathway from musculoskeletal pain to mobility difficulty in older disabled women. *Pain*, 128(1-2), 69-77.
- Li, D., Zhang, D. J., Shao, J. J., Qi, X. D., y Tian, L. (2013). A meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms in Chinese older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*, doi:pii: S0167-4943(13)00135-0. 10.1016/j.archger.2013.07.016.
- Light, L. L. (1991). Memory and aging: four hypotheses in

search of data. *Annual Review Psychology*, 42, 333-376.

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Fernando Pascual L., Montañés J. A., y Aznar S. (1999). Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 112 (20), 767-774.

Maier, S. F., y Seligman, M. E. (1975). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology*, 105 (1), 3-46.

Muller, M., den Tonkelaar, I., Thijssen, J. H., Grobbee, D. E., y van der Schouw, Y. T. (2003). Endogenous sex hormones in men aged, 40–80 years. *European journal of endocrinology / European Federation of Endocrine Societies*, 149(6), 583-589.

O'Hara, R., Brooks, J. O., Friedman, L., Schöder, C. M., Morgan, K. S., y Kraemer, H. C. (2007). Long-term effects of mnemonic training in community-dwelling older adults. *Journal of Psychiatric Research*, 41 (7), 585-590.

Oitzl, M. S., Champagne, D. L., van der Veen, R., y de Kloet, E. R. (2010). Brain development under stress: hypotheses of glucocorticoid actions revisited. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34 (6), 853-866.

Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J. M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H. H., y Muñoz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 30 (2), 161-178.

Ong, F. S., Phillips, D. R., Chai, S. T. (2013). Life events and stress: do older men and women in Malaysia cope differently as consumers? *Journal of cross-cultural gerontology*, 28 (2), 195-210.

Peavy, G. M., Jacobson, M. W., Salmon, D. P., Gamst, A. C., Patterson, T. L., Goldman, S., Mills, P. J., Khandrika, S., Galasko, D. (2012). The influence of chronic stress on dementia-related diagnostic change in older adults. *Alzheimer disease and associated disorders*, 26 (3), 260-266.

Peraita, H., y Moreno, F.J. (2006). Análisis de la estructura conceptual de categorías semánticas naturales y artificiales en una muestra de pacientes de Alzheimer. *Psicothema*, 18 (3), 492-500.

Peraita, H., y Sánchez Bernardos, M. L. (1998). Evaluación del deterioro de diversos aspectos de la memoria semántica en pacientes con Demencia tipo Alzheimer. *Anales de Psicología*, 14(2), 193-206.

Pérez, G. (2006). *Intervención y Desarrollo Integral en personas mayores*. Madrid: (Ed.) Universitat.

Picazo, O., Estrada-Camarena, E., y Hernandez-Aragon, A. (2006). Influence of the post-ovariectomy time frame on the experimental anxiety and the behavioural actions of some anxiolytic agents. *European journal of pharmacology*, 530 (1-2), 88-94.

Pichierri, G., Coppe, A., Lorenzetti, S., Murer, K., de Bruin, E.D. (2012). The effect of a cognitive-motor intervention on voluntary step execution under single and dual task conditions in older adults: a randomized controlled pilot study. *Clinical interventions in aging*, 7, 175-184.

Prina, A. M., Ferri, C. P., Guerra, M., Brayne, C., y Prince, M. (2011). Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: cross-cultural study. *The British Journal of Psychiatry*, 199 (6), 485-491.

Rao, A. A. (2013). Views and opinion on BDNF as a target for diabetic cognitive dysfunction. *Bioinformation*, 9 (11), 551-554.

Rebok, G. W., Carlson, M. C., y Langbaum, J. B. (2007). Training and maintaining memory abilities in healthy older adults: traditional and novel approaches. *The Journal of Gerontology B Psychological Sciences Social Sciences*, 62 (1), 53-61.

Rodríguez, P. (2007). *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*. España: (Ed.) Médica Panamericana.

Rosario, E. R., Chang, L., Head, E. H., Stanczyk, F. Z., y Pike, C. J. (2011). Brain levels of sex steroid hormones in men and women during normal aging and in Alzheimer's disease. *Neurobiology of aging*, 32, 604-613.

Ruipérez, I., y Llorente, P. (2004). *Guía para Auxiliares y Cuidadores del Anciano*. España: (Ed.) McGraw Hill.

Sardinero, A. (2010). *Estimulación Cognitiva para Adultos: Cuadernos de trabajo*. Madrid España: (Ed.) Grupo GSF.

Schuster, J. P., Manetti, A., Aeschmann, M., y Limosin F. (2013). [Epidemiology of psychiatric disorders in elderly and their impact on somatic health]. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 11 (2), 181-185.

Sheikh, J. I., y Cassidy, E. L. (2000). Treatment of anxiety disorders in the elderly: issues and strategies. *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (2), 173-190.

Soares C. N., y Frey B. N. (2010). Challenges and opportunities to manage depression during the menopausal transition and beyond. *Psychiatric Clinics of North America*, 33 (2), 295-308.

Studd, J. W. (2011). A guide to the treatment of depression in women by estrogens. *Climacteric*, 14 (6), 637-642.

Van der Aa, H. P., van Rens, G.H., Comijs, H.C., Bosmans, J.E., Margrain, T.H., y van Nispen, R.M. (2013). Stepped-

care to prevent depression and anxiety in visually impaired older adults-design of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 209.

Velasco, R., Mendoza, R. C., Torres, M. M., y Saucedo, M. D. (2011). *Estado funcional, mental y social del adulto mayor institucionalizado de colima*. México, Universidad de Colima.

Walf, A. A., y Frye, C. A. (2006). A review and update of mechanisms of estrogen in the hippocampus and amygdala for anxiety and depression behavior. *Neuropsychopharmacology*, 31 (6), 1097-1111.

Fecha de recepción: 17/04/2013

Fecha de aceptación: 25/11/2013

# ¿Por qué no soy un terapeuta MINDFULNESS?

*M<sup>a</sup> Luisa Martín Orgilés (1) y Juan Sevillá Gascó (2)*  
(1) Psicóloga. Centro de Terapia de Conducta. Valencia  
(2) Psicólogo Clínico. Director del Centro de Terapia de Conducta. Valencia

## resumen/abstract:

En este trabajo se describe con detalle qué es el mindfulness, sus orígenes y evolución, proporcionando una posible explicación de su alta popularidad actual.

Igualmente, se revisa su estatus empírico, llegando a la conclusión de que la investigación no avala su desmesurado uso terapéutico.

*This article describes in detail what mindfulness is, its origins and development, providing a possible explanation of its high popularity nowadays.*

*Also, the empirical status of mindfulness is reviewed, concluding that the research does not support its excessive therapeutic use.*

## palabras clave/keywords:

Mindfulness, Terapia Cognitivo-Conductual, Tercera Generación, Evidencias Empíricas, Análisis Crítico.

*Mindfulness, Cognitive-Behavioral Therapy, Third Generation, Empirical Evidence, Critical Analyses.*

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene diferentes objetivos. El primero de ellos, será describir qué es el *mindfulness* o *consciencia plena*, como se tiende a traducir en nuestra lengua. De manera breve, se explicará qué es, su aparición, su ruta histórica hasta llegar al momento presente y algunos de los principales programas de tratamiento que en él se basan.

El segundo objetivo, será revisar la literatura científica, para ver si disponemos de datos que avalen experimentalmente la práctica clínica del *mindfulness*.

A continuación, el tercer objetivo, más teó-

rico, implicará ver la relación que hay entre el *mindfulness* y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Aparentemente es un paradigma nuevo pero, realmente, si desmantelamos la estrategia ¿vamos a encontrar elementos originales?

Finalmente, y como objetivo número cuatro, incluiremos algunas reflexiones sobre el *mindfulness* y, en general, sobre las terapias de *Tercera Generación* y algunas recomendaciones para los terapeutas profesionales.

## ¿QUÉ ES EL MINDFULNESS?

Hasta hace sólo unas décadas, *mindfulness*

era un término desconocido en gran parte de nuestra cultura occidental (Kabat-Zinn, 1982). Pero en los últimos años, los profesionales dedicados al bienestar psicológico estamos asistiendo a un fenómeno creciente: la incorporación de técnicas de meditación oriental al tratamiento de los trastornos emocionales y el consiguiente aumento de publicaciones en la literatura científica que describen dichas intervenciones (Baer, 2003; Germer y otros, 2005; Kabat-Zinn, 2011).

Tal es su grado de expansión, que se ha apuntado como una de las características definitorias de la llamada *Tercera Generación* de Terapia de Conducta (Hayes, 2004), hablándose incluso de que “podríamos hallarnos ante el umbral de un nuevo modelo de psicoterapia orientado al *mindfulness*” (Germer y otros, 2005).

*Mindfulness* nace en la filosofía budista hace 2500 años, para aliviar el sufrimiento humano (Fulton y Siegel, 2005). Kabat-Zinn, pionero y autor de referencia en el trabajo con *mindfulness* en Occidente, explica que se trata, básicamente, de una forma de prestar atención que consiste en ser consciente de cada instante y lo define como “la consciencia que emerge al prestar atención intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar, a cómo se despliega la experiencia momento a momento” (Kabat-Zinn, 2003, p. 145). Con lo que se espera ser menos reactivo a las experiencias diarias, de forma que el nivel de sufrimiento global se reduzca y aumente la sensación de bienestar (Germer y otros, 2005).

En la práctica, se trata de elegir un elemento de la experiencia al que se dirigirá la atención una y otra vez, sirviendo de “ancla” con el momento presente. Este objeto de atención puede ser algo externo (p. e. un

sonido), interno (p.e. las sensaciones que produce la respiración), o la experiencia al completo (prestar atención a cualquier fenómeno relevante del momento actual -como la temperatura de la sala, los sonidos, las sensaciones de incomodidad del cuerpo, los pensamientos que van surgiendo...), siendo conscientes de todo lo que sucede, observando nuestros pensamientos, sensaciones y sentimientos, aceptando todo lo que acontezca, sin intentar cambiar nada y, en el momento en que se percibe que la atención se ha desplazado a otro lugar, reconocer dónde se ha ido y devolverla *sua-vemente* al objeto de consciencia.

En realidad, esta actividad es algo habitual; en ocasiones, nos sumergimos en una experiencia y la vivimos plenamente (como cuando escuchamos atentamente una melodía o contemplamos una obra de arte), dejándonos llevar, permitiendo que nuestros sentidos se *impresionen*, siendo conscientes de nuestras reacciones, sin intentar controlar nada. Lo que no es habitual es su continuidad (Germer y otros, 2005). La práctica del *mindfulness* pretende desarrollar esta capacidad de permanecer en el aquí y ahora.

### Principios teóricos.

El budismo habla de *Cuatro Nobles Verdades*: 1. La vida está llena de sufrimiento, 2. Éste está causado por el apego a las vivencias agradables y la aversión o evitación de las desagradables, 3. Existe un modo de salir de ese sufrimiento y 4. El camino para ello es seguir el *Óctuplo Sendero*, que describe 8 comportamientos deseables, entre los que se incluye el *mindfulness* (Marlatt, 2011).

Kabat-Zinn (1982, 1990) justifica el empleo del *mindfulness* de la siguiente forma.



En primer lugar, describe cómo funciona la mente: busca mantener la satisfacción y reducir el malestar. Para lo que constantemente está ideando, planificando, saltando hacia el pasado o hacia el futuro, estresada por cosas que *deben* hacerse... Es lo que denomina el modo “hacer”. Estas reacciones son *automáticas*, se ponen en marcha casi sin darnos cuenta, especialmente en momentos de crisis, en los que los pensamientos se disparan y buscan rápidamente formas de acabar con ese malestar.

Una de las consecuencias de este funcionamiento de la mente es que, al perderse en el pasado o el futuro, no permanece demasiado tiempo en el presente, por lo que se pierde una gran parte de la riqueza de sus vivencias.

Además, muchas veces no se tiene consciencia de control, al ser testigos simplemente de las reacciones automáticas una vez se han disparado. En este sentido, el *mindfulness*, o desarrollar el modo “ser”, al centrarnos en la experiencia presente podría, por un lado, ayudarnos a vivir de forma más plena nuestras vidas (sin perdernos vivencias por estar “en otro lugar”) y, por otro, ser conscientes de cómo se están desencadenando las reacciones automáticas y, desde esa posición de observador *privilegiado* (al disponer de toda la información del momento presente), tener más libertad para elegir si nos dejamos llevar por ellas o si es más adecuado llevar a cabo una estrategia distinta. En este sentido, diferencia entre “dolor” y “sufrimiento”, destacando que ambos estados son naturales (el dolor es ineludible a lo largo de la vida de las personas), pero el sufrimiento es sólo una de las posibles formas de reaccionar ante el dolor, y está condicionado por lo que pensamos acerca de las cosas (“*Esto es insoportable*”, “*No debería pasarme a mí*”...).

Esto nos lleva a otro de los puntos fundamentales de la argumentación: “los pensamientos son sólo pensamientos”. Nuestra mente está continuamente invadida por un flujo interminable de pensamientos, juicios, puntos de vista (“*Soy una mala persona*”, “*Necesito...*”) resultado de experiencias pasadas que se aplican al presente una y otra vez. Pero en la meditación se tratan todos los pensamientos por igual, con independencia de su contenido, como acontecimientos mentales sin una importancia especial. Por lo tanto, si nuestros pensamientos no tienen por qué ser ciertos, sino que, en muchas ocasiones, son sólo resultado de automatismos, puede ser de gran utilidad aprender una forma de desvincularse de ellos, que permita contemplarlos como un elemento más de lo que experimentamos en un momento determinado (como notar calor, o que la silla en la que estamos sentados sea muy rígida...), pero sin sentirnos en la obligación de seguir sus dictados. De esta forma, además de dejar de sufrir por ellos, se gana objetividad para elegir lo que es más conveniente a la hora de enfrentar una situación en particular. Así, habla de “responder” ante el estrés, más que “reaccionar automáticamente” ante él. Y el camino para ello es a través de la práctica del *mindfulness*.

Un último aspecto a comentar es el concepto de *impermanencia*. Un fenómeno que se observa al practicar la *consciencia plena* es que nada permanece, todo es cambiante (nuestro cuerpo, nuestros pensamientos, sensaciones, emociones, relaciones...), lo que en cierto modo también resulta tranquilizador, dado que una de las ideas que más sufrimiento produce es pensar que estamos en una situación “*insoportable*” y que ésta “*no tendrá fin*”. Al prestar atención cons-

ciente, uno se da cuenta de que todo está en continuo movimiento, por lo que ni siquiera en los momentos de mayor desesperación, se está *continuamente* desesperado.

### **Evolución del mindfulness en la Terapia Cognitivo-Conductual.**

Aunque nace en el budismo, su práctica es independiente de cualquier sistema de creencias culturales o religiosas (Kabat-Zinn, 1990).

En el campo de la psicoterapia, diversos enfoques teóricos (Terapia de Conducta, Humanista, Sistémica, Psicoanalista...) han utilizado el *mindfulness* como herramienta subsidiaria a la tecnología existente.

Aquí vamos a repasar los principales hitos en su desarrollo dentro de la Terapia de Conducta.

En 1979 Kabat-Zinn funda la *Clinica para la Reducción del Estrés*, en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts (hoy conocido como *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society*) y establece el primer programa de entrenamiento de habilidades de *consciencia plena* para manejar el estrés asociado a enfermedades y trastornos emocionales de naturaleza crónica.

Marlatt, a finales de los 70, empieza a utilizar técnicas de meditación, como una estrategia en la prevención de recaídas en alcoholismo, y en 2005 desarrolla el *Programa de Prevención de Recaídas Basado en Mindfulness* (Witkiewitz, Marlatt y Walter, 2005).

Hayes, en su *Terapia Contextual* (1987), reformulada más tarde como *Terapia de Aceptación y Compromiso* (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) enfatiza la idea de aceptación y utiliza ejercicios de *mindfulness*

para enseñar a las personas a flexibilizar su comportamiento ante las cosas que les hacen sufrir y a perseguir lo que de verdad les importa.

Marsha Linehan (1993a, b), influida por los trabajos anteriores, tomó prestadas algunas de las ideas de la filosofía Zen para desarrollar su *Terapia Dialéctica Conductual*, originalmente concebida para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad. Otorga un papel relevante a las habilidades de *consciencia plena*.

Wells y Matthews (1994, 1996), en su *Terapia Metacognitiva*, han sugerido el uso de estrategias de *mindfulness* para que los individuos puedan llevar a cabo un distanciamiento metacognitivo de los pensamientos: aumentando el control sobre la atención para desconectarse de la rumiación y liberando así los recursos atencionales que se necesitan para cambiar las creencias desadaptativas.

Segal, Williams y Teasdale elaboran la *Terapia Cognitiva Basada en la Consciencia Plena* (2002), que representa el primer programa desde la Terapia Cognitivo-Conductual para la prevención de recaídas en depresión.

Y, más recientemente, se están planteando numerosos proyectos como la *Terapia Cognitivo-Conductual Basada en Mindfulness para Trastornos de Adicción en comorbilidad con Trastornos del Estado de Ánimo* (Hoppes, 2006), la *Práctica de Alimentación Consciente Basada en Mindfulness* (MB-EAT) para trastornos de alimentación (Kristeller, Baer y Quiliam-Wolever, 2006), la *Terapia Conductual Basada en la Aceptación para el Trastorno de Ansiedad Generalizada* (Roemer y Orsillo, 2007), la *Terapia de Grupo Basada en la Aceptación*

y el *Mindfulness* (MAGT) para Trastornos de Ansiedad Social (Kocovski, Fleming y Rector, 2009)... por citar algunos.

Hasta el momento se ha empleado para tratar todo tipo de problemas de ansiedad, insomnio, depresión, trastorno bipolar, problemas sexuales, de pareja, alimentación, adicciones, fatiga crónica, psicosis, personalidad...

En función del protagonismo que se otorga al entrenamiento de habilidades específicas de *mindfulness* se ha diferenciado entre las *Intervenciones Basadas en el Entrenamiento en Mindfulness* -como la *Reducción del Estrés Basado en la Consciencia Plena*- y las *Intervenciones que Incorporan el Entrenamiento en Mindfulness* -como la *Terapia Dialéctica Conductual* o la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (Baer, 2003).

### Aplicaciones clínicas.

A continuación, vamos a describir algunos de los principales programas, citados arriba.

#### **Reducción del Estrés Basada en la Consciencia Plena - REBCP (Kabat-Zinn, 1982):**

Todas las estrategias que se enseñan en este programa cultivan *mindfulness* de forma específica (Germer y otros, 2005). Se realizan ejercicios de: *exploración corporal*, consistente en un repaso mental del cuerpo para aumentar la consciencia en cada zona; meditación basada en la respiración, en el cuerpo, en la consciencia y en los sonidos, empleando estiramientos y la marcha consciente; y yoga, para mejorar la flexibilidad y realizar un completo trabajo respiratorio mediante posturas concretas. Todo esto se combina con diálogo, psicoeducación sobre el estrés, lectura de poesía, historias...

y tareas para casa de 45 minutos diarios 6 veces por semana. El programa se desarrolla en 8 sesiones de 2 horas y media, una por semana, en grupos de hasta 30 personas; se suele añadir una sesión de día completo tras la sesión número 6. La finalidad es entrenar una actitud mental de observación, de apertura a la incomodidad y acabar con los hábitos mentales que, en un intento precipitado por hacer desaparecer el malestar, aumentan el estrés e impiden un manejo adecuado de la situación. En las 3 últimas décadas más de 18.000 personas han seguido el programa en todo el mundo y ha sido objeto de numerosos estudios para poner a prueba su eficacia.

#### **Terapia Cognitiva Basada en la Consciencia Plena - TCBCP (Segal, Williams y Teasdale, 2002):**

Segal, Williams y Teasdale, mientras estudiaban el proceso de recaída en clientes que habían superado una depresión, vieron en el *mindfulness* una herramienta que podría ayudar a estas personas a desvincularse de las reacciones mentales que se ponen en marcha de manera automática cuando el estado de ánimo empieza a bajar de forma sutil y que pueden desencadenar un nuevo episodio depresivo. Así, desarrollando habilidades de consciencia plena se podría: detectar de forma temprana cuándo su estado de ánimo empieza a cambiar, observar sus pensamientos negativos como eventos mentales y no como reflejos fieles de la realidad, centrándose en la experiencia presente, ocupar el espacio destinado a la rumiación -impidiendo así que ésta se instaure-, tolerar el malestar sin la necesidad de reaccionar impulsivamente a él y desde esa postura de *distanciamiento*, poder elegir la mejor acción para abordar la situación en la que se encuentran. Se toma del

programa de Kabat-Zinn el formato grupal (aunque con un máximo de 12 participantes), la duración de las sesiones, los ejercicios de meditación, tener consciencia y registrar acontecimientos agradables y desagradables, lectura de poemas que apoyan los contenidos comentados en las sesiones, videos del programa REBCP, lecturas, las tareas para casa... Y de la Terapia Cognitiva se toma la psicoeducación sobre depresión, el Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollon y Kendall (1980), establecer las relaciones ente actividades agradables y estado de ánimo, programar actividades agradables, de satisfacción y dominio, la explicación del ABC, el cuestionamiento de los pensamientos, la identificación de las señales de recaída de depresión y cómo actuar ante ellas... Hoy en día, en Reino Unido este programa es recomendado por la NICE (*Nacional Institute for Clinical Excellence*) para prevenir la depresión en aquellas personas que han tenido 3 o más episodios previamente.

### **Terapia Dialéctica Conductual – TDC (Linehan, 1993):**

Marsha Linehan desarrolló una Terapia Cognitivo-Conductual para tratar a clientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), especialmente difíciles, que no mejoraban con las técnicas tradicionales. Esta terapia se desarrolla en cuatro fases. En la primera, se aborda el descontrol conductual grave durante un año; las metas son reducir las conductas suicidas y parasuicidas, los comportamientos que interfieren tanto en la terapia como en la calidad de vida en general y aumentar las habilidades psicosociales (de consciencia, regulación emocional, tolerancia al malestar e interpersonales); esto se hace en sesiones semanales, tanto individuales (de una hora), como en grupo (2

horas y media) y a través de contactos telefónicos. En las siguientes fases se trabaja el estrés postraumático, el respeto por sí mismo y el planteamiento de metas vitales, y finalmente, se acomete el desarrollo de un sentimiento de satisfacción sostenido. Linehan redefinió el TLP como un patrón de inestabilidad y desregulación emocional, interpersonal, conductual, cognitivo y del sentido del yo, y desarrolló la *Teoría Bio-social* para explicar el origen de estos trastornos, que serían el resultado de la interacción entre una determinada predisposición biológica y un ambiente *invalidante*. Adopta una visión *dialéctica* del mundo, según la cual la realidad es un conjunto dinámico de fuerzas opuestas y las respuestas extremas, características del TLP, serían fracasos a la hora de conseguir una síntesis entre ambas polaridades. La idea de incorporar habilidades de *mindfulness* surge del intento de resolver una de las principales dialécticas en las que se ven inmersas estas personas: la resistencia a cambiar y a seguir como están. La síntesis de estos 2 opuestos se logra al integrar estrategias de cambio (TCC) con estrategias de aceptación (*mindfulness*). De las habilidades que se enseñan en la primera fase de la terapia, las de *consciencia plena* son las más importantes; a través de ellas, se persigue la *regulación del yo*, que la persona sea capaz de experimentarse a sí misma. Define el *mindfulness* en términos de *Habilidades Qué (Describir, Observar, Participar)* y *Habilidades Cómo (No emitir juicios, Unicidad mental, Efectividad)* para su comprensión y entrenamiento. También utiliza el *mindfulness*, especialmente, en las habilidades de tolerancia a las crisis, como estrategia de aceptación.

### **Terapia de Aceptación y Compromiso -**

**ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999):**

Se basa en la *Teoría del Marco Relacional* (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), que da cuenta de los mecanismos que rigen el lenguaje y la cognición, para desarrollar técnicas que puedan manipular el comportamiento humano. Entiende que la sociedad transmite la idea de una *normalidad destructiva*, al proclamar que la felicidad es la ausencia de malestar. Esto es imposible dado que somos biológicos y verbales (continuamente evaluamos, comparamos, categorizamos, añadimos contenidos y emociones, revivimos el pasado, fabricamos futuros...). Pero cuando las personas, influidas por esas ideas, se empeñan en no sufrir se puede desarrollar un patrón de funcionamiento general basado en intentar librarse de la incomodidad, el *Trastorno de Evitación Experiencial (TEE)*, y que es propuesto como un sistema alternativo de clasificación de los trastornos emocionales. La meta fundamental de esta terapia será generar *flexibilidad* psicológica para alterar esa *Evitación Experiencial Destructiva*, que aleja a las personas de la vida que realmente querían vivir si no estuvieran ocupadas en intentar no sufrir. Para lograrlo, desde el principio se esclarecen cuáles son sus valores, ya que ellos serán la razón por la cual *serán capaces* de quedarse en contacto con la aversión. A lo largo de la terapia se pretende reducir la influencia de las ideas que la cultura ha expandido acerca de la naturaleza de la felicidad; se hace ver al cliente cómo sus intentos de eliminar el sufrimiento han sido inútiles, que estos han sido, precisamente, el problema (el intento de control); y como alternativa, se presenta la aceptación, se anima a adoptar una actitud de contemplación ante las reacciones

emocionales y los pensamientos, minimizando su importancia. Con todo esto no se pretende que el malestar desaparezca, sino que al cliente le vaya mejor en la vida. Como métodos utiliza metáforas, paradojas y ejercicios experienciales. El papel del *mindfulness* queda reflejado en ejercicios de contemplar sin reaccionar, en el entrenamiento para renunciar al control.

**¿Qué beneficios aporta el entrenamiento de la consciencia plena?**

Muchas son las bondades que se han atribuido al desarrollo de este tipo de atención (Reiman, 1985; Kabat-Zinn, 1990; Valentine & Sweet, 1999; Segal, Williams y Teasdale, 2002; Davidson et al, 2003; Germer, Siegel y Fulton, 2005; Morgan y Morgan, 2005; Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004; Cebolla y Miró, 2008).

Entre los beneficios clínicos para los clientes, se ha dicho que el entrenamiento de la atención plena: disminuye el estrés, produce relajación, permite disfrutar más de las cosas, aumenta la tolerancia a la aversión, rebaja el dolor físico e incrementa la capacidad para manejarlo, reduce el nivel global de sufrimiento y la sensación de bienestar aumenta, ayuda a salir del proceso de rumiación y ver las cosas tal como son, disminuye la frecuencia de la rumiación cognitiva, favorece el percatarse de los cambios emocionales, suaviza las interpretaciones, cambia la relación con la ansiedad desde la evitación temerosa a la tolerancia (se aprende la no-evitación hasta que el miedo disminuye), produce ecuanimidad, lleva a una mayor libertad psicológica y emocional, mejora la autoestima, aumenta la capacidad de percibir las señales emocionales no verbales de los otros, así como la de “sentir sus mundos interiores”...

También se han destacado efectos positivos para los terapeutas que la practican: se sienten más “presentes”, relajados y receptivos con sus clientes (Germer y otros, 2005), puede aumentar la atención indirecta “vía insights intuitivos”, fomenta un estado de reflexión y disponibilidad emocional que se dice es muy útil para la labor clínica, cultiva numerosas cualidades beneficiosas para establecer una fuerte relación terapéutica: atención, compasión, empatía, aceptación, una perspectiva más amplia del sufrimiento...

Y otras ventajas no clínicas, como: se ralentiza la percepción del tiempo, genera energía y entusiasmo por la vida, *clarividencia* y alegría, refuerza la capacidad de la mente de permanecer en cualquier objeto mental de una forma concentrada y sostenida, mejora los procesos de curación y la respuesta inmunitaria...

Se han dicho muchas cosas, pero ¿qué revelan realmente los datos de que disponemos? ¿Es realmente cierto todo esto? ¿Está plenamente justificado el uso masivo del entrenamiento de esta forma de relacionarse con la experiencia?

## EVIDENCIAS EMPÍRICAS SOBRE LA EFICACIA DEL MINDFULNESS

Este apartado no es una revisión sistemática ni tampoco un metaanálisis formal sobre la eficacia del *mindfulness*, sino una evaluación crítica de los distintos metaanálisis publicados.

Desde principios del año 2000 hasta la actualidad se han publicado unos cuantos metaanálisis, entre los que destacan: Bishop (2002), Baer (2003), Grossman, Niemann, Schmidt y Walach (2004), Torneatto y Nguyen (2007), Chiesa y Serreti (2009),

Zgierska, Rabago, Chawla, Kushner, Kohler y Marlatt (2009), Hoffman, Sawyer, Witt y Oh. (2010) y Miró, Perestelo-Pérez, Rivero, González, De la Fuente y Serrano (2011).

Excepto el trabajo de Bishop (2002) y Torneatto y Nguyen (2007) cuyas conclusiones son que no hay soporte empírico para la eficacia del *mindfulness* (y que han sido recientemente criticados por sus singularidades), el resto de los metaanálisis concluyen que “*el mindfulness es una aportación prometedora*”.

Se usan expresiones como: “*moderada evidencia*”, “*puede ser de ayuda*”, o usando terminología del *Task Force* del APA (1995), el *mindfulness* estaría en la categoría de técnica “*probablemente eficaz*”.

Todos estos trabajos (también) ponen de manifiesto dos hechos. El primero es que en las búsquedas sistemáticas aparecen cientos de referencias sobre el *mindfulness*. Lo que es una clara evidencia de cuán de moda está. Todo el mundo publica sobre el tema. Sin embargo, la mayoría de las publicaciones no tienen ningún interés científico por su carencia de rigor. Segundo, de los estudios aceptados, con criterios, en algunos casos, poco exigentes, la mayoría de los trabajos tienen una importante debilidad metodológica: muestras demasiado pequeñas, ausencia de grupo control o lista de espera, poblaciones muy dispares, instrumentos de evaluación débiles, falta de control de otras variables, seguimientos cortos, efectos del tamaño bajos... etc. En todas las revisiones citadas se insiste en la falta de rigor de los estudios disponibles y se hace un llamamiento a la necesidad de futuras investigaciones metodológicamente sólidas; muchas de ellas también señalan la falta de estudios comparativos con las técnicas ya demostradas eficaces.

Además hay otro tipo de problema, respecto a los protocolos aplicados. Los estudios evaluados incluyen, al menos: REBCP, TCBCP y TDC. Estos enfoques terapéuticos, además de las estrategias *mindfulness*, incluyen otras técnicas puramente cognitivo-conductuales, desde la Exposición, el Entrenamiento de Habilidades Sociales, la Relajación y la Terapia Cognitiva. ¿Cómo establecer la causalidad de los resultados obtenidos? ¿Qué ingredientes son activos?

A modo de conclusión, se puede afirmar que estamos aún en un período precientífico en términos de la eficacia del *mindfulness*. Sería necesario, por lo tanto, una mayor cantidad de estudios con una metodología rigurosa. Afinar y definir qué es el *mindfulness*, para sacar conclusiones sólidas acerca de su utilidad y eficacia. Y contrastarlo con las tecnologías ya validadas.

## **MINDFULNESS Y TERAPIA COGNITIVO-CONDUCUTUAL**

Aparentemente el *mindfulness* es una estrategia nueva, o mejor dicho, es una estrategia con una historia larga, pero que en la actualidad está de moda. Si la comparamos con el repertorio de técnicas cognitivo-conductuales, parece original, diferente, nueva ¿pero es así? Siguiendo el excelente trabajo de Baer (2003) y otros parecidos, y nuestras propias reflexiones teóricas, a continuación vamos a analizar lo que llamamos *mindfulness*, desmantelándolo, seccionándolo en procesos psicológicos mucho más claros conceptualmente y con los que todos los terapeutas cognitivo-conductuales estamos familiarizados.

### **Exposición.**

La práctica del *mindfulness* implica focalizar y mantener la atención en un determina-

do estímulo con una actitud de aceptación y no evaluación ante cualquier fenómeno psicológico que pueda aparecer: pensamientos, emociones o sensaciones fisiológicas. Además, mantener estos comportamientos durante períodos prolongados de tiempo.

Si se mantiene la atención sobre un pensamiento asociado a la ansiedad, o a una sensación fisiológica también conectada a la ansiedad, sin permitir la ejecución de conductas de escape, inevitablemente se producirá la habituación al pensamiento/sensación y la consiguiente extinción de la ansiedad.

Y como el lector sabe, estas estrategias de Exposición a los pensamientos o Exposición a las sensaciones fisiológicas son el centro del enfoque terapéutico para el Trastorno Obsesivo Compulsivo, el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno de Pánico, el Trastorno de Estrés Postraumático y la Hipocondría (Abramowitz, Deacon, y Whiteside, 2011).

Desde este punto de vista, el *mindfulness* sería una forma diferente, aunque quizás no tanto, de enseñar y practicar Exposición a los pensamientos y/o Exposición Interoceptiva.

### **Terapia Cognitiva.**

Sí, el *mindfulness* implica modificaciones cognitivas, cambio cognitivo. Terapia Cognitiva.

En nuestra opinión, y como apuntan Segal et al (2002), la habilidad más potente que se puede aprender en el *mindfulness* es la habilidad metacognitiva. Es decir, ser capaz de diferenciar los pensamientos del propio yo.

Aunque la Terapia Cognitiva más estándar implica analizar el contenido de los pensa-

mientos, también es una práctica frecuente, en momentos avanzados de la terapia, etiquetar los pensamientos perturbadores como lo que son, sólo pensamientos. Esta habilidad no sólo se usa en trastornos de Ansiedad (Clark y Beck, 2010) o Depresión (Wells, 2009) sino en problemas de otro calibre como la Esquizofrenia (Beck, Rector, Stolar y Grant, 2009) o el Trastorno Bipolar (Lam, Jones, Hayward y Bright., 2012).

Todavía más, la propia Terapia Cognitiva, se basa en el desarrollo de la metacognición. En esa línea y citando propuestas más recientes, destacaríamos la *Terapia Meta-cognitiva* del profesor Adrian Wells (2009) como un paradigma refrescante y prometedor, aunque aún no validado.

### **Autocontrol.**

La práctica constante del *mindfulness* a través de la meditación, probablemente, aumenta la habilidad de autoobservación. Y como el lector sabe, la autoobservación es el primer paso para el autocontrol o el autogobierno.

Esta habilidad de autorrastreo podría utilizarse para notar los primeros pasos de una recaída en un trastorno adictivo (Marlatt, 1994) o ante un episodio depresivo (Segal y otros, 2002) y actuar en consecuencia, usando habilidades de control previamente adquiridas, para alterar el curso de los acontecimientos.

O, como apunta Linehan (1993a, 1993b), esta clara percepción de las emociones o pensamientos propios podría ser el primer peldaño para ejercer control sobre el exceso conductual característico del Trastorno Límite de la Personalidad.

### **Relajación.**

Aunque de una forma directa y como objetivo, el *mindfulness* no intenta conseguir un estado de relajación, no hay duda de que, indirectamente al menos, se consigue. Basta con revisar algunas de las prácticas (Kabat-Zinn, 1990; Segal y otros, 2002)

La conclusión indiscutible de este análisis del concepto *mindfulness* es que su ejecución, de forma indirecta, incluye la aplicación de toda una serie de estrategias, sobradamente validadas, dentro de la TCC. ¿Significa esto que el *mindfulness* es TCC?

Probablemente no, más bien que tiene una serie de propuestas en común, pero también diferencias.

Las principales diferencias tienen que ver con el objetivo. En el *mindfulness* el cambio que se persigue es indirecto y general. Se trata de desarrollar una actitud distinta ante la dificultad (especialmente) de no reactividad, de aceptación, de espectador sobre las propias emociones, pensamientos o sensaciones, sin evaluar o juzgar, de manera *amable* -como se suele decir en el argot-, que rompa las reacciones automáticas, precipitadas y, en muchas ocasiones, contraproducentes de intentar desembarazarse cuanto antes de la incomodidad. Para ello, se entrena al individuo en meditar y, probablemente, esto produce o tiene importantes elementos de Exposición, TC, Automanejo y Relajación, pero estos no son los objetivos explícitos.

En TCC también se busca cambiar esas respuestas inadecuadas del cliente, que son responsables del mantenimiento de los problemas, pero de forma más directa, estableciendo objetivos de trabajo claros y a través del entrenamiento específico en técnicas validadas, para ganar autocontrol.



## REFLEXIONES, RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

El *mindfulness* está de moda. Basta con ver el número de publicaciones, cursos, simposiums que sobre el mismo se ofertan (por citar un ejemplo reciente, en el pasado 41 Congreso Anual organizado en Reykjavik por la *European Association for Behavioural and Cognitive Therapies*, la presencia de comunicaciones relacionadas con el *mindfulness* en temas como depresión, trastorno bipolar, manejo del dolor, adicciones, TPL... fue más que notable (por encima del 25%). Desde hace unos pocos años, el interés de los terapeutas cognitivo-conductuales y de otras orientaciones por el *mindfulness* ha aumentado exponencialmente. Pero, ¿está realmente justificado? Pensamos que no.

¿Por qué todo el mundo se siente fascinado por el *mindfulness*? Creemos que se debe a una combinación de variables. Primero, por el efecto de atracción que genera la cultura oriental. En occidente tendemos a sentirnos atraídos por las filosofías y culturas orientales. Pensar en oriente está asociado a armonía, sabiduría, control, saber vivir. Inmediatamente nos imaginamos a un lama tibetano, en postura del loto, meditando al amanecer con el magnífico Himalaya a sus espaldas. Este apetito por lo oriental se mantiene constante y aumenta cíclicamente nutriendo al arte, moda, gastronomía, decoración y, cómo no, al autocontrol. En esta línea, algunos autores señalan que quizá muchos de los jóvenes que en los 60 y 70 participaron del movimiento de “contracultura” en el que la meditación estaba a la orden del día (especialmente en la sociedad norteamericana) hoy son investigadores y clínicos que mantienen ese foco de interés

y lo plasman en sus trabajos (Siegel, Germer y Olendzki, 2010).

Una segunda variable sería una especie de postura pendular o de rebote ante el cognitivismo que lleva reinando desde hace tres décadas. Este fenómeno explicaría, además o especialmente, la aparición de muchas de las terapias de *Tercera Generación*, sobre todo, la *Terapia de Aceptación y Compromiso*, construida a partir del Conductismo radical. Y es comprensible. Para muchos académicos y practicantes, el Cognitivismo se ha convertido en una escuela teórica diferente al Conductismo. Se ha perdido el énfasis en el análisis funcional a favor del uso de clasificaciones psiquiátricas estandarizadas, se han medicalizado los trastornos psicológicos convirtiéndolos en enfermedades y se han dicho afirmaciones tan atrevidas, mantra habitual del Cognitivismo, como que los problemas emocionales se mantienen por los *Pensamientos Negativos Automáticos*.

Sin embargo, en nuestra opinión, la solución no es volver a los años 70 en cuanto a desarrollo de la ciencia y negar el papel funcional de los pensamientos. Por supuesto que los pensamientos no mantienen los trastornos psicológicos, pero sí forman parte de una cadena de acontecimientos y eventos psicológicos, con relación de causa y efecto, que desembocan en la conducta operante que provoca las consecuencias, que sí mantienen el problema (Sevillá y Pastor, 1997).

Algunos creemos que la TCC es la evolución científica del Conductismo original y de la Terapia de Conducta. No creemos en dos modelos diferentes, hablamos de la misma ciencia madre. Una ciencia que tiene un modelo teórico robusto y una metodología de trabajo sólida.

Por otra parte, tampoco se puede borrar de un plumazo la eficacia de la TCC. Tenemos cientos de estudios en todos los campos, incluido el de las psicosis, de que estos tratamientos funcionan. En nuestra opinión, más por los elementos conductuales que incluyen, que por los puramente cognitivos. Lo que no significa que el método sea inadecuado. Muchas veces, la mejor manera de conseguir cambiar las operantes es modificando previamente las respondentes cognitivas que la anteceden. Y para esto está la investigación, para decirnos lo que es más eficaz en cada caso. Por ejemplo, en el campo de los trastornos de Ansiedad, hay problemas en que añadir Terapia Cognitiva aumenta la eficacia de la Exposición, y en otros, sin embargo, no.

Nos llama la atención algunas aseveraciones que se han publicado en el marco de las terapias de *Tercera Generación*, especialmente desde la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y la *Psicoterapia Analítico Funcional* (Kohlenberg y Tsai, 1991). Nos referimos a las críticas sobre la Terapia Cognitivo-Conductual que se han hecho desde estos paradigmas. Creemos que son críticas poco fundamentadas y que demuestran un conocimiento superficial del tema. Por ejemplo, que el objetivo de la Terapia Cognitivo-Conductual es sustituir pensamientos “negativos” por “positivos”, enseñar a la persona a pensar de otro modo, a suprimir el contenido desagradable de algunos pensamientos o a eliminar recuerdos desagradables (Wilson y Luciano, 2002).

Nada de esto pensamos que sea cierto. La Terapia Cognitivo-Conductual tiene un repertorio de técnicas amplio. Algunas, efectivamente, se centran en modificar directamente ciertos pensamientos para, a través

de esta modificación, cambiar la conducta operante, y otras, cuyo objetivo es cambiar directamente la conducta operante. El ejemplo más habitual del primer grupo son las técnicas verbales que, a menudo, se conocen como *Reestructuración Cognitiva*. Del segundo grupo, la técnica más genuina es la Exposición, que es la base del tratamiento Cognitivo-Conductual de todos los trastornos de Ansiedad.

Las técnicas verbales se centran en analizar la veracidad o no de una determinada interpretación (“*Soy un inútil*”) y si el resultado de ese examen demuestra que es un pensamiento no realista, entonces se busca una alternativa sustentada por los datos, realista (“*He cometido un error*”), no positiva (“*No pasa nada, soy muy listo*”), y esa nueva forma de pensar, se usa para cambiar la operante motora.

No se trata de enseñar a pensar de “otro modo” en general, sino de crear el hábito de analizar aquellos pensamientos que son parte del dolor psicopatológico, contrastar su inadecuación e intentar ser más realista y, de esta forma, *facilitar* que la persona actúe de la manera más conveniente ante las situaciones difíciles de su vida (como cuando en fobia social enseñamos a desdramatizar los pensamientos acerca de una ejecución *catastrofista*, para que la persona se atreva a levantar la mano y preguntar en público o mantenga una conversación, para que pueda comprobar que sus temores no estaban justificados y esté en contacto con las *contingencias naturales* derivadas de la actuación acorde con la situación).

No se huye de los pensamientos de contenido desagradable o los recuerdos traumáticos. Todo lo contrario. En trastornos como el Estrés Posttraumático, algunos tipos de Trastorno Obsesivo-Compulsivo o en el

Trastorno de Ansiedad Generalizada, el tratamiento de elección es la Exposición a los pensamientos, bien en formato de imagen o de contenido verbal. La manera de dejar de sufrir por un elemento cognitivo doloroso es exponerse a él, habituarse, y que la emoción asociada, habitualmente ansiedad, se extinga.

El lector interesado en profundizar a las réplicas ante las críticas de líderes de terapias de *Tercera Generación* sobre la Terapia Cognitivo-Conductual encontrará muy educativo el magnífico trabajo de Hofman y Asmundson (2008).

Nosotros también tenemos dudas sobre la *Terapia de Aceptación y Compromiso* y las vamos a formular planteando interrogantes.

Por ejemplo, la Teoría del Marco Relacional (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), que nos parece un modelo brillante y con el que, esencialmente estamos de acuerdo, ¿aporta mucho al trabajo de Skinner (1957) sobre la adquisición del lenguaje?

¿Puede considerarse predictiva una (mera) propuesta de clasificación de los Trastornos Emocionales aquélla que habla tan sólo de una categoría, el *Trastorno de Evitación Experiencial* (Hayes, Wilson, Gifford, Follert y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001)?

El concepto de *Trastorno de Evitación Experiencial* ¿aporta mucho más a conceptos como: baja tolerancia a la frustración, dificultad para retardar el refuerzo o falta de autocontrol o, simplemente, conductas mantenidas por refuerzo negativo?

¿No es parte esencial de la naturaleza humana buscar el placer y huir del dolor? Quizás el problema no sea éste, sino qué

placer se busca, qué dolor se evita y cuándo y cómo se hace esto.

¿No resulta curioso y contradictorio que la *Terapia de Aceptación y Compromiso* critique el cambio cognitivo y se centre en, precisamente, cambiar los valores que, obviamente, son pensamientos y creencias?

En otro orden de cosas, ¿a alguno de los autores de referencia del *mindfulness* se le ha ocurrido pensar que, si la mente humana tiene una extraordinaria capacidad para desfocalizar del presente y retroceder al pasado, o proyectarse hacia el futuro, será por algo? ¿No será un mecanismo adaptativo encaminado a sobrevivir aumentando las probabilidades de encontrar soluciones eficaces a los problemas que nos toca vivir?

Y en esta línea, ¿sería bueno desconectar las emociones de los pensamientos? ¿No nos dejaría este proceso en una postura de vulnerabilidad ante los peligros reales de la vida? ¿Cómo sabríamos de qué pensamientos fiarnos y de cuáles no?

### Concluyendo.

Nos resulta sorprendente comprobar cómo, en estos años, pocas voces se hayan alzado con una visión crítica hacia el *mindfulness* y hacia algunos aspectos de las nuevas psicoterapias.

La realidad es que, desde un punto de vista experimental, estamos aún en una etapa muy básica. Si como terapeutas cognitivo-conductuales uno de nuestros objetivos prioritarios es ofrecer a nuestros clientes tratamientos que “sabemos” que funcionan (empíricamente validados) más que tratamientos que “creemos” que funcionan, entonces no podemos ofrecer el *mindfulness* como una opción. Al menos todavía no. Es muy probable que esto ocurra en un futu-

ro relativamente próximo, pero aún no. O quizás ocurra como lo que pasó con las *Terapias Constructivistas* en los años 90, de las que ahora parece que nadie habla. El tiempo lo dirá.

En términos más conceptuales o teóricos, si se prefiere la expresión, si el *mindfulness* parece que provoca el uso de procedimientos bien establecidos como la Exposición, la Terapia Cognitiva, el Autocontrol o la Relajación, y en el caso de funcionar, lo hiciera a través de estas estrategias, nuestra opinión es que las usemos directamente. Primero porque sabemos cómo usarlas de la manera más efectiva y, segundo, porque tenemos una acumulación enorme de evidencias sobre su eficacia.

Por otro lado, no podemos obviar las diferencias culturales: pedir a la gente que medite 45 minutos diarios tiene sentido en Kyoto pero menos en Teruel. Siempre habrá gente que sintonice con estas ideas, pero no nos engañemos, a muchos les resultará *ajeno*. Así como parte del léxico empleado: *paz interior, armonía, sanación, clarividencia, inmovilismo, espiritualidad, sabiduría inherente, dharma, impermanencia...* Términos que nos transportan a otras esferas que suenan de manera muy distinta a como lo hacen las Ciencias de la Salud.

Por todo esto, apostamos por una óptica algo más crítica frente a un fenómeno que se ha extendido de manera poderosa y, en nuestra opinión, sin una base sólida hasta el momento que lo avale. Si bien es cierto que hay muchos estudios que arrojan datos prometedores y experiencias alentadoras, no podemos dejar de reclamar cautela, rigor y, como clínicos, no precipitarnos a emplear un método que puede resultar atractivo sin plantearnos realmente qué aporta a lo que ya estamos utilizando y si su uso está justificado.

## Referencias

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. y Whiteside, S. P. (2011) *Exposure therapy for Anxiety. Principles and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Baer, R. A. (2003) Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N. y Grant, P. (2009) *Schizophrenia. Cognitive Theory, Research and Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Bishop, S. R. (2002) What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.
- Bowen, S., Chawla, N. y Marlatt, G. A. (2011) *Mindfulness-Based Relapse Prevention for addictive behaviors. A clinician's guide*. New York: The Guilford Press.
- Cebolla, A. y Miró, M. T. (2008) Efectos de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena: una aproximación cualitativa. *Apuntes de Psicología*, 26 (2), 257-268.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2009) Mindfulness-Based Stress Reduction for Stress Management in healthy people: a review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15 (5), 593-600.
- Clark, D. H. y Beck, A. T. (2010) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Science and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. y Sheridan, J. F. (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 66, 149-152.
- Fulton, P. R. y Siegel, R. D. (2005) Buddhist and western psychology. Seeking common ground. En Germer, C. K., Siegel, R. D. y Fulton, P. R. (Eds) *Mindfulness and psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Germer, C. K., Siegel, R. D. y Fulton, P. R. (Eds) (2005) *Mindfulness and psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Grossman, P., Niemann, L. Schmidt, S. y Walach, H. (2004) Mindfulness-Based Stress Reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hayes, S. C. (1987) A contextual approach to therapeutic change. En Jacobson, N. S. (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioural perspectives*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004) Acceptance and commitment therapy,

- relational frame theory, and the third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (Eds) (2001) *Relational Frame Theory A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999) *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behaviour change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follete, V. M. y Strosahl, K. (1996) Experiential Avoidance and Behavior Disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hofman, S. G. y Asmundson, G. (2008) Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28 (1), 1-16.
- Hofman, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. y Oh, D. (2010) The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (2), 169-183.
- Hoppes, K. (2006) The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS Spectrum*, 11, 829-851.
- Kabat-Zinn, J. (1982) An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full catastrophe living*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2003) Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2011) Prefacio. En Didonna, F. (Ed), *Manual clínico de mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kristeller, J. L., Baer, R. A. y Quillian-wolver, R. (2006) Mindfulness based-approaches to eating disorders. En Baer, R. (Ed) *Mindfulness and acceptance-based interventions: Conceptualization, application, and empirical support*. San Diego: Elsevier.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. y Rector, N. A. (2007) Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (3), 276-289.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2007) *FAP. Psicoterapia Analítica Funcional. Creación de relaciones intensas y curativas*. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Lam, D. H., Jones, S. H., Hayward, P. y Bright, J. A. (2012) *Cognitive Therapy for Bipolar Disorders*. Londres: Willey-Blackwell.
- Linehan, M. M. (1993a) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b) *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Luciano, M. C. y Hayes, S. C. (2001) Trastorno de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Marlatt, G. A. (1994) Addiction, mindfulness, and acceptance. En Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follete, V. M. y Dougher, M. J. (Eds) *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Marlatt, G. A. (2011) Prefacio. En Bowen, S., Chawla, N. y Marlatt, G. A. (Eds) *Mindfulness-Based Relapse Prevention for addictive behaviors. A clinician's guide*. New York: The Guilford Press.
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J. y Serrano, P. (2011) Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6 (1), 1-14.
- Morgan, W. D. y Morgan, S. T. (2005) Cultivating Attention and empathy. En Germer, C. K., Siegel, R. D. y Fulton, P. R. (Eds) *Mindfulness and psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Reiman, J. (1985) The impact of meditative attentional training on measures of select attentional parameters and on measures of client perceived counsellor empathy. *Dissertation Abstracts International*, 46, 15-69.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2007) An open trial of acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Sevillá, J. y Pastor, C. (1997) Toma de decisiones terapéuticas. Cómo decidir el plan de intervención. *Información Psicológica*, 65, 26-30.
- Siegel, R. D., Germer, K. y Olendzki, A. (2011) Mindfulness: ¿Qué es? ¿Dónde surgió? En Didonna, F. (Ed), *Manual clínico de mindfulness*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Skinner, B. F. (1957) *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Torneatto, T. y Nguyen, L. (2007) Does mindfulness medi-

tation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 52, 4, 260-266.

Valentine, E. y Sweet, P. (1999) Meditation and attention: a comparison of the effects of concentrative and mindfulness meditation on sustained attention. *Mental Health, Religion and Culture*, 2, 1, 59-70.

Wells, A. (2009) *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: The Guilford Press.

Wells, A. y Matthews, G. (1994) *Attention and emotion: a clinical perspective*. Hove: Erlbaum.

Wells, A. y Matthews, G. (1996) Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002) *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. y Walter, D. (2005) Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 211-228.

Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Kohler, R. y Marlatt, A. (2009) Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse*, 30, 266-294.

Fecha de recepción: 21/02/2013  
Fecha de aceptación: 18/09/2013

## Entrevista a Irving Kirsch

Por Consuelo Martínez Valero



*Last November, the 9th Annual Meeting of the Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS) was held in Valencia. The main objective of the conference was answering the question: Is Clinical Psychology and Health Profitable? - Contributions in times of crisis. The event featured a renowned figure in international psychology, Professor Irving Kirsch.*

*The conclusions reached by Professor Irving Kirsch and his research team have opened the debate on the efficacy of antidepressants in the treatment of some psychological disorders like depression. His studies show that in patients with moderate to severe depression, the efficacy of antidepressants and placebo is similar. These results draw attention to the model of mental illness and question the type of treatment currently being prescribed in public and private health. His book, *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*, (2010), translated into different languages, was shortlisted for the prestigious Mind Book of the Year award. If you are interested in learning more about this topic, you can see: Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J., Johnson, B.T. (2008). "Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration". *PloS Medicine*, 5, 2, e 45.*

*Professor Irving Kirsch gave a very interesting and passionate speech about his work and the future of psychological treatment. He had the kindness to answer a few questions for our journal.*

**P. After years of research, do you consider that your conclusions are being endorsed by other scientists?**

**R.** My conclusions are still very controversial and my position is still a minority view. But there have been a number of replications and everybody gets the same results. My perception is that there is a growing acceptance of the conclusions I have reached.

**P. Have you had to change a conclusion from any of your studies because of results seen in subsequent studies"?**

**R.** No

**P. In these years, did you appreciate any differences in the effectiveness of drugs depending on the type of depression or the effectiveness of these drugs is only noticed, in the levels of depressions (deep depression cases)?**

**R.** I haven't seen any data indicating that the drugs are more effective for some types of depression than for others.

**P. Can we state that the psychological treatment for depression is more cost effective than current pharmacological treatments?**

**R.** Yes, this has been shown in two cost-benefit analyses, one done in the United States and the other done in the United Kingdom. The reason for this conclusion is that people have to be kept on antidepressants to prevent them from relapsing, whereas the relapse rate after psychotherapy is much lower. So even if psychotherapy is more expensive in the beginning, keeping people on medication is more expensive in the long run.

**P. Clearly, there is some resistance to reduce or eliminate prescribing psychotropic drugs for depression. What do you think are the main reasons?**

**R.** Changes in medical treatment can be slow to come about. With psychotropic drugs, the resistance may be especially great, because most psychiatrists have stopped doing psychotherapy. What are they to do if they don't prescribe antidepressants?

Saying in others words: In your opinion, what are the main factors involved in the abuse of pharmacological treatments versus psychological interventions?

**P. In your opinion and according to your research, what would be the most effective psychological treatment for depression (cognitive-**

**behavioral, rational-emotive, psychoanalysis, systemic therapy, etc.)?**

**R.** In the short term they seem equally effective. There is an especially large data base supporting the effectiveness of cognitive behavioral therapy in preventing relapse. Studies are needed to demonstrate the effectiveness of other types of therapy for this purpose.

**P. Do you know if changes in mental health policies have occurred in other countries based on the results of your work? Can you give examples if so?**

**R.** In 2004, the National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE), which establishes treatment guidelines for the National Health Service in the UK, issued a new guideline for the treatment of depression. This guideline considered the data in my 1998 and 2002 meta-analysis. In the new guideline, they recommended psychotherapy as a first line treatment for depression and noted that the difference between drug and placebo was not clinically meaningful for people with mild or moderate depression. The UK government has since undertaken a massive program aimed at training new psychotherapists for the treatment of depression.

**P. Are your studies been replicated in other countries? Do you know if similar studies have been developed in Spain?**



**R.** The FDA data that my colleagues and I analyzed included clinical trials conducted in many different countries, not just the US. (I don't recall whether any of them were conducted in Spain)

**P. Do you think that the results of your studies could also be applicable to other psychological disorders (anxiety, obsessive compulsive disorder, etc.)?**

**R.** Each disorder has to be looked at separately. So far, no one has done the research to see whether the effects in other disorders are clinically significant.

**P. After so many years of research, and considering how uncomfortable your conclusions are for many people and companies, what motivates you to continue researching and working in this field?**

**R.** I find the work meaningful and important, and I enjoy doing it.

Hasta que la muerte nos separe, o en el matrimonio hay que aguantarlo todo, han sido las premisas socialmente aceptadas durante mucho tiempo en las relaciones de pareja. Estas afirmaciones nos parecen lejanas, o no. Si tenemos en cuenta las estadísticas sobre violencia en la pareja, da la sensación de que no hemos evolucionado mucho.

Fernando Gállico, autor de esta guía, en una entrevista concedida a Diario Sur de Málaga, y publicada el 4 de enero de 2010, afirmaba lo siguiente: *A muchas les gustan los 'malotes', a los que admiran. Es sorprendente que presuntos autores o cómplices del asesinato de Marta del Castillo estén recibiendo cartas de admiración de chicas jóvenes. En estudios que se han hecho sobre actitudes ante los malos tratos en gente joven hay un porcentaje preocupante de chicas a las que les gusta 'el malote'*. Nuestro autor, que además de psicólogo es experto universitario en Género e Igualdad de Oportunidades por la Universidad de Málaga, tras años de tratar con parejas jóvenes, nos señala que el 29% de las chicas y el 33% de los chicos piensan –acción cognitiva– que los celos son señales de amor, por tanto, sienten las relaciones como un acto de posesión –acción sensitiva– y como consecuencia, actúan o toleran la violencia –acción motórica–. Esto es lo que ha llevado a Gállico a escribir este libro, con el objetivo de que el lector, en definitiva, reflexione y llegue a la conclusión de que “querer no es lo mismo que amar”.

La guía, escrita en un lenguaje sencillo y muy intuitivo, nos expone cuál es el auténtico amor saludable, con qué medios podemos contar para conseguirlo, y sobre todo el modo de mantenerlo y que madure. No sólo es una guía para las víctimas, sino también para que quien les rodea, y asimismo los profesionales, puedan identificar el maltrato, tanto el físico como el psicológico.

En una primera parte de la guía, Gállico nos expone cómo debería ser una relación afectiva saludable; para él es importante la práctica de la inteligencia emocional, y viene a afirmar que una persona autónoma, feliz, asertiva y reflexiva es la que puede analizar el auténtico amor saludable. Tras esta explicación, pasa a una segunda parte donde el autor nos ofrece su visión de cómo no debería ser una relación de pareja, y cómo descubrir el maltrato en la pareja. Dedicamos un capítulo a que veamos cómo se siente la persona maltratada, cuáles son sus frustraciones y pensamientos, para poder actuar; como dice Gállico, *no se puede detectar lo que no se conoce*.

## Amando sin dolor, disfrutar amando.



Fernando Gállico Estévez. 2013. Ed. Pirámide. Colección “Psicología”. Sección: Manuales Pácticos.

Una tercera parte está dedicada a la prevención, con consejos y directrices sobre cómo deben actuar los que rodean a la posible víctima. Defiende la adopción de una cultura de autoprotección. Hace mención de lo importante que es para la víctima volver a una situación normalizada. Facilita, según el tipo de relación, recursos para pedir ayuda, y en definitiva dónde dirigirse.

La guía finaliza con un anexo que puede resultar de gran interés. Utilizando el cine y el cómic como recurso, analiza las relaciones de pareja, y proporciona datos sobre obras de estos géneros que se basan sobre las relaciones de pareja y los malos tratos.

Se echa de menos alguna reflexión del autor sobre el papel que juegan las nuevas tecnologías, en concreto las redes sociales, en las relaciones afectivas. Cómo estas pueden ser determinantes o no a la hora de constituir nuevas parejas y cómo influyen en adolescentes y jóvenes. Podría ser un aspecto importante a considerar en esta problemática.

Por Almer Villajos Tintero  
Psicólogo experto en Terapia de Pareja y Sexual

El deporte y el ejercicio físico son una fuente imprescindible para conseguir y mantener la salud, tanto física como mental. Sin embargo, esta relación no siempre es positiva, ya que existen ciertos aspectos problemáticos asociados a su práctica. La finalidad principal de esta obra es dar a conocer los riesgos que envuelven la práctica de deporte y proporcionarnos unas bases teóricas y datos empíricos que nos ayuden a comprender y a prevenir posibles riesgos en la salud de los deportistas, siempre desde una perspectiva psicológica.

Bajo la coordinación de Cantón y Arbinaga, varios autores especialistas en la materia abordan temas de interés en el mundo deportivo. El primer capítulo, Cantón y Arbinaga contextualizan la obra y nos exponen brevemente la evolución de la psicología de la salud y nos explican la influencia y repercusión de los estilos de vida en nuestra salud. También nos presentan algunos modelos explicativos de la relación entre el comportamiento y la práctica de ejercicio físico, fundamentales a la hora de promover estilos de vida saludables.

En el *segundo capítulo*, los autores abordan un tema cada vez más presente en nuestra sociedad: la imagen corporal. En líneas generales, nos explican que la insatisfacción con la imagen corporal incrementa la probabilidad de cambiar la conducta alimentaria y de aumentar la práctica de ejercicio con el fin de obtener el aspecto deseado. También nos aportan un interesante estudio empírico que relaciona estos tres conceptos y añaden el *lugar de residencia* como variable de interés. Siguiendo esta línea temática, en el *capítulo tres*, Díaz y Dosal nos hablan de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como resultado de esa búsqueda del cuerpo ideal. Abordan el concepto, los factores de riesgo y facilitadores, la evaluación de los trastornos y terminan con algunas directrices para la intervención y prevención de los TCA.

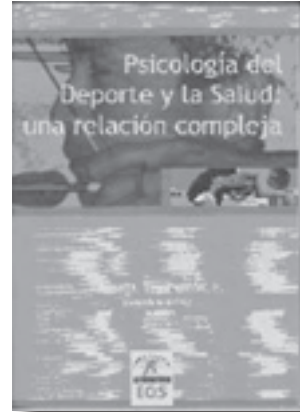
Es importante tener en cuenta el papel del ejercicio físico como factor de riesgo para determinadas patologías, en especial de la dependencia. En el *capítulo cuatro*, Cantón y Arbinaga nos presentan una distinción entre uso y abuso del ejercicio que es cuando la práctica va más allá de lo necesario para mantener la forma física o del entrenamiento. Sin embargo, no terminan el capítulo sin remarcar el factor de protección, rehabilitación y reinserción del deporte; así como su papel en la prevención de otro tipo de adicciones.

En el *capítulo cinco*, Samulski y Simola abordan un tema cada vez más frecuente en los deportes de élite: el sobre-entrenamiento, entendido como la carga de estrés excesiva con insuficiente recuperación. Describen los síntomas para detectar el sobre-entrenamiento, así como los instrumentos utilizados para el diagnóstico; y finalizan el capítulo con una serie de medidas preventivas.

También se debe tener en cuenta la posibilidad de sufrir lesiones y sus efectos a nivel físico y psicológico. Así, en el *capítulo seis*, los autores nos explican el papel de las variables psicológicas en las lesiones e incluyen pautas para la prevención, intervención y rehabilitación basadas fundamentalmente en el control de la respuesta al estrés y ansiedad. Ésta última, aunque se considera una respuesta adaptativa que ayuda a afrontar situaciones de riesgo, puede alcanzar niveles elevados que repercutirán en el rendimiento, la salud y el bienestar de los deportistas. Dada su importancia la autora expone en el *capítulo siete* las distintas formas de ansiedad y hace hincapié en la necesidad de identificar estos trastornos correctamente, así como que el tratamiento sea realizado por profesionales cualificados.

Además tratan un tema de suma importancia en el mundo del deporte: el burnout, caracterizado por el agotamiento físico y emocional, la baja realización personal y la devaluación de la práctica deportiva. Además de la eva-

## Psicología del Deporte y la Salud: una relación compleja.



Coordinadores: Arbinaga, F. y Cantón, E. 2013. Ed. EOS.

luación, nos exponen las implicaciones psicológicas que tiene el abandono como consecuencia de este síndrome y algunas estrategias de prevención.

García, Cairo y León nos explican en el siguiente capítulo la importancia del sueño para la salud como proceso de reposo y recuperación y la repercusión de los trastornos del sueño en la salud. Proponen algunos instrumentos de evaluación que permitirán valorar la calidad del sueño, necesaria para elaborar cualquier tipo de intervención.

Por otra parte, en el mundo del deporte muchas veces el deseo por mejorar el rendimiento lleva a recurrir a sustancias ergogénicas de manera ilícita. En el *capítulo diez* se habla sobre el fenómeno del dopaje y de los peligros que acarrea, principalmente para el deportista. Arbinaga y Cantón señalan la importancia de la prevención mediante la información, educación y sensibilización. Además, abordan los diferentes aspectos de una de las sustancias más utilizadas: los esteroides anabolizantes androgénicos. Terminan con propuestas de alternativas al consumo y recomendaciones para la prevención.

En el *último capítulo*, Hernández y Morales abordan la violencia en contextos deportivos. Según estos, la importancia de tratar este tema radica en los estragos sociales que causa, así como la atención que los medios de comunicación le otorga. Nos exponen las teorías de tres grandes corrientes (biológicas, psicosociales y sociológicas) que explican la violencia, así como las teorías específicas del deporte.

Esta obra constituye un manual interesante y ameno, que cuenta con datos actualizados y la base teórica necesaria para entender y afrontar los problemas relacionados con la práctica del ejercicio físico y deporte. Es una guía fácilmente comprensible, no solamente para profesionales de la psicología, sino también para los profesionales del mundo del deporte y los propios deportistas.

Nora Taipe Nasimba.

Graduada en Psicología (2009-2013)

## Relació d'autors

### Informació Psicològica del 101 al 106

- Adell i Cueva, Marc Antoni. Dpto. de Psicologia Social. Facultat de Psicologia. Universitat de València.
- Aguado Barahona, María Clara. Psicóloga Clínica.
- Almela, M. Laboratorio de Neurociencia Social Cognitiva, Universitat de València.
- Antequera Torres, Martirio. Neuropsicóloga.
- Antúnez Almagro, Carmen. Unidad de demencias del Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.
- Arnay Puerta, José. Universidad de La Laguna.
- Baixauli Gallego, Elena. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universitat de València.
- Ballesteros Jiménez, Soledad. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Baños, Rosa María. Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universitat de València.
- Bayés Sopena, Ramon. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Bendicho Montés, Javier. Asociación COTLAS.
- Botella, C.. Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I de Castellón.
- Briones Aranda, Alfredo. Facultad de Medicina Humana, Universidad Autónoma de Chiapas. México.
- Calero, María Dolores. Universidad de Granada.
- Cano Vindel, Antonio. Universidad Complutense de Madrid.
- Carrera Fernández, María Victoria. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Vigo.
- Castaño Llorente, Sandra. Neuropsicóloga.
- Cerdá Tena, Juan Manuel. Servicio de Asistencia Psicológica Externa "SAPE".
- Cerezo Guzmán, M<sup>a</sup> Victoria. Dpto. de Psicobiología y Metodología de la Investigación en las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Málaga.
- Chóliz Montañes, Mariano. Facultad de Psicología. Universitat de València.
- Dasí, Carmen. Universitat de València.
- Dongil Collado, Esperanza. Universidad Complutense de Madrid.
- Estreder i Ortí, Violant. Institut Universitari d'Investigació de Psicologia dels Recursos Humans, del Desenvolupament Organizational i de la Qualitat de Vida Laboral (IDOCAL). Universitat de València.
- Fernández Fernández, Virginia. Dpto. de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos.
- Fernández, Inmaculada. Universidad de La Laguna.
- Font i Cabré, Pere. Director del Institut d'Estudis de la Sexualitat i la Parella de Barcelona.
- Fuentes Durá, Inmaculada. Universitat de València.
- Garaigordobil, Maite. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.
- García del Castillo López, Álvaro. Dpto. de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche.

García del Castillo Rodríguez, José Antonio. Dpto. de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche.

García Naveira, Alejo. Centro de Estudios e Investigación (CEI).

García Palacios, A.. Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I de Castellón.

García Torres, Blanca. Neuropsicóloga.

Garín Gómez, María Begoña. Estudiante de doctorado de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Gavino, Aurora. Universidad de Málaga.

Gimeno Collado, Adelina. Catedrática de Escuela Universitaria del Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universitat de València.

Godoy, Antonio. Universidad de Málaga.

González Sala, Francisco. Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universitat de València.

Govillard, Leila, Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

Guillen, Verónica. Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universitat de València,

Hernández Viadel, Miguel. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico de Valencia.

Hidalgo, V. Laboratorio de Neurociencia Social Cognitiva, Universitat de València.

Jiménez González, Estefanía. Dpto. de Psicología. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Lameiras Fernández, María. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Vigo.

León Zarceño, Eva. Dpto. de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche.

Llinares Alves, Iracy. Consulta privada.

López Gosálbez, Enrique. Psicólogo especialista en Clínica. Sexólogo.

López, Javier Dpto. de Psicología. Universidad San Pablo CEU. Madrid.

Losada Baltar, Andrés. Dpto. de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos.

Manzanares Sánchez, Salvadora. Neuropsicóloga.

Márquez González, María. Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Marrero, Javier. Universidad de La Laguna.

Martín Muñoz, Juan. Neurólogo.

Martín Orgilés, M<sup>a</sup> Luisa. Centro de Terapia de Conducta. Valencia.

Martínez Herrada, Begoña. Neuropsicóloga.

Martínez Valero, Consuelo. Centro de Aplicaciones Psicológicas de Valencia.

Marzo Campos, Juan Carlos. Dpto. de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche.

Mayordomo Rodríguez, Teresa. Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología, Universitat de València.

Mazón, Miguel. Facultad de Economía. Universitat de València.

Meléndez Moral, Juan Carlos. Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología, Universitat de València.

Monzó Miralles, Amparo. Centro municipal de Servicios Sociales Salvador Allende, Ayto. de Valencia.

Morales Rodríguez, Francisco Manuel. Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Málaga.

Moreno, Eugenia. Clínica Trastornos Alimentarios. Valencia.

Muñoz Martínez, Carolina. Instituto Espill, Instituto de Psicología, Sexología y Medicina. Valencia.

Navarro Abal, Yolanda. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Huelva.

Navarro, Navarro. Universidad de Granada.

Nogales-González, Cecilia. Dpto. de Psicología. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

Nogueira, Raquel. Universidad de Málaga.

Noguera Pérez, Fuensanta. Neuróloga.

Olivares Rodríguez, José. Universidad de Murcia.

Perelló del Río, Miguel José. Centro de Aplicaciones Psicológicas de Valencia.

Pinazo Hernandis, Sacramento. Dpto. de Psicología Social. Universitat de València.

Pla, Vanessa. Clínica Trastornos Alimentarios. Valencia.

Pons Díez, Javier. Dpto. de Psicología Social. Universitat de València.

Pons Salvador, Gemma. Dpto. de Psicología Básica. Universitat de València.

Prados, José María. Dpto. de Psicología Básica. Universidad Complutense de Madrid.

Pulopulos, M., Laboratorio de Neurociencia Social Cognitiva, Universitat de València.

Quero, S. Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I de Castellón

Redolat Iborra, Rosa. Dpto. de Psicobiología. Facultad de Psicología. Universitat de València.

Reinante Mariscal, Gema. Psicóloga Clínica.

Rodríguez Castro, Yolanda. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Vigo.

Romero Moreno, Rosa. Dpto. de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos.

Sales Galán, Alicia. Dpto. de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología, Universitat de València.

Salguero, José M. Universidad Complutense de Madrid.

Salvador, Alicia. Laboratorio de Neurociencia Social Cognitiva, Universitat de València.

Serrano Rosa, Miguel Ángel. Dpto. de Psicobiología. Universitat de València.

Sevillá Gascó, Juan. Director del Centro de Terapia de Conducta. Valencia.

Valero Oltra, Raquel. Psicóloga especialista en Clínica. Sexóloga.

Villada, C. Laboratorio de Neurociencia Social Cognitiva, Universitat de València

Villar, Feliciano. Universidad de Barcelona.

Vivanco Moreau, Laura. Psicóloga Clínica.

Wood, Cristina M. Universidad Complutense de Madrid.

## INTRODUCCIÓN

A partir del próximo número, se inicia una nueva etapa con el cambio de formato. *Informació Psicològica* se convierte en una revista digital, tal como se ha anunciado en el editorial. El equipo de la revista ha considerado conveniente aprovechar este momento para revisar, ampliar y actualizar las indicaciones para el envío y publicación de trabajos. Tales normas estarán disponibles y podrán ser descargadas desde la página web.

A continuación y a modo de anticipo, se presenta una descripción de las secciones de la revista junto con las normas para los autores.

*Informació Psicològica* es una publicación del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana dirigida a la divulgación del conocimiento científico dentro del ámbito de la psicología aplicada, y admite la recepción y publicación de estudios en castellano o en inglés.

La revista organiza su contenido por las siguientes SECCIONES:

**Dossier:** Incluye un conjunto de artículos que tratan en profundidad un tema monográfico. El Equipo Directivo podrá encargar trabajos específicos a autores de reconocido prestigio en un determinado tema, o proponer números especiales.

**Temas de estudio:** Recoge artículos originales referidos a investigaciones empíricas y sus implicaciones prácticas para el ejercicio profesional, así como revisiones teóricas, actualizaciones y meta-análisis acerca de cuestiones relacionadas con la psicología

**Praxis:** Está dedicada a un rango heterogéneo de trabajos originales como son: casos clínicos específicos, exposición de técnicas terapéuticas, descripción de métodos de trabajo, revisión de prácticas clínicas u otros contenidos que tengan como finalidad comunicar un saber práctico o aplicado.

**Debate:** Plantea la reflexión entre un grupo de expertos sobre un tema de actualidad dentro del ámbito profesional de la psicología.

**Entrevista:** Se recoge entrevistas a profesionales e investigadores relevantes dentro de la psicología o áreas afines.

**Crítica de libros:** Incluye la reseña de una obra científica y/o profesional de interés que haya sido publicada recientemente. En el apartado Novedades se presentarán breves reseñas bibliográficas acerca de un determinado tema monográfico.

Todos los artículos serán revisados con un formato doble ciego por evaluadores especialistas del área.

## FORMATO Y ESTRUCTURA

### NORMAS GENERALES PARA EL ENVÍO DE ARTÍCULOS A LAS DIFERENTES SECCIONES

Se aceptará para su publicación artículos originales inéditos que se ajusten a los contenidos de las secciones Dossier, Temas de Estudio y Praxis. Los artículos deben incluir referencias de publicaciones de psicología, europeas o iberoamericanas, indexadas o recogidas en las bases de datos a las cuales está catalogada *Informació Psicològica*.

#### Características formales

**Extensión:** Para los estudios que se envíen a la sección de Temas de Estudio y a Praxis máximo 7.000 palabras, incluyendo título, resumen y palabras clave (ambos en castellano e inglés), cuerpo del artículo, referencias, tablas y figuras. El diseño y estructura del texto deberá seguir el formato del manual de publicaciones de la APA (6ª ed.). Todas las páginas deberán incluir un breve encabezado de no más de cincuenta caracteres incluyendo espacios. El tamaño de la página será DIN-A4 con márgenes de 2,5 cm. El tamaño de letra Times New Roman 12, con interlineado doble.

**Primera página.** Los trabajos que se presenten a las secciones Temas de estudio y Praxis deben contener una página inicial que incluya sólo el título del estudio en castellano y en inglés. Para garantizar el anonimato durante el proceso de revisión en esta página no se incluirá ningún dato sobre los autores.

**Segunda página** (Página de título). Debe incluir los siguientes datos en el orden establecido a continuación:

Título del artículo en castellano e inglés.

Autores: Se indicarán los dos apellidos y el nombre de todos los autores, en el orden en que deseen aparecer en el artículo. El número máximo recomendado de autores es de 6.

Titulación académica de los autores (opcional).

Afiliación institucional de todos los autores, indicando la ciudad.

Persona encargada de mantener la correspondencia relacionada con el trabajo, indicando una dirección postal y electrónica de contacto.

Si procede, incluir fuente de financiación del trabajo.

#### **Tercera página:**

**Resumen:** Se presentará en castellano e inglés, con una extensión de entre 150 y 200 palabras. Deberá indicar claramente el propósito del trabajo, los procedimientos básicos y las conclusiones más importantes. El resumen deberá ser comprendido sin necesidad de leer total o parcialmente el artículo. Debe ser redactado de modo preciso, desarrollando los puntos esenciales del artículo y no podrá incluir información que no se incluya en el texto completo.

**Palabras Clave:** Contendrá los conceptos clave del contenido del artículo. El total de términos estará comprendido entre 3- 6.

**Cuarta página y siguientes.** En la tercera página, se recogerá de nuevo el título en el idioma en el que esté el texto del artículo, y a continuación el escrito completo. Se recomienda la redacción con lenguaje y estilo impersonal. En el caso de artículos originales (Temas de estudio y Praxis), el texto debe adaptarse a la estructura IMRAD (*Introduction, Methods, Results, and Discussion*), siguiendo las siguientes recomendaciones:

**Introducción:** Debe presentar la situación actual del conocimiento sobre el tema y el contexto en que se enmarca el estudio. El objetivo debe definirse claramente. La introducción debe ser breve y se apoyará en un reducido número de referencias bibliográficas, reseñando las esenciales para el tema tratado.

**Material y métodos:** Debe incluir el diseño del estudio, el centro donde se ha realizado la investigación, los criterios de inclusión y exclusión, el método de selección de los participantes, las intervenciones realizadas (si procede), las definiciones y técnicas de medida de las variables, el seguimiento de los participantes, la estrategia de análisis y pruebas estadísticas utilizadas. La redacción se realizará con detalles suficientes para que el estudio se pueda replicar, recomendándose utilizar epígrafes para organizar la información (población de estudio, intervenciones, seguimiento, análisis estadístico...). En los ensayos clínicos los autores deben hacer constar explícitamente que el trabajo ha sido aprobado por un Comité de Ética.

**Resultados:** Debe presentar los hallazgos principales relacionados con el objetivo del estudio, sin interpretarlos, pudiendo utilizarse epígrafes para hacer más clara la presentación. Es conveniente utilizar tablas y figuras. Los resultados principales deben incluir los correspondientes intervalos de confianza, e indicar claramente el tipo de medida y las pruebas estadísticas utilizadas, cuando proceda. Se recomienda resaltar la tabla o figura que contenga los principales resultados del estudio, con una descripción de los mismos en la leyenda. En el texto se indicará el lugar aproximado en el que se debe insertar la tabla o la figura. En el caso de número decimales, éstos se separarán mediante una coma. Cuando el valor no pueda estar fuera del rango  $\pm 1$  no se pondrá un 0 delante de la coma (v.g.,  $r$  de Pearson, alfa de Cronbach).

**Discusión:** Es recomendable estructurarla en los siguientes epígrafes:

1) Significado y aplicación práctica de los resultados. 2) Consideraciones sobre posibles limitaciones o inconsistencias de la metodología y las razones por las que los resultados pueden ser válidos. 3) Relación con otros estudios científicos tratando de explicar discrepancias y acuerdos. 4) Indicaciones y directrices para futuras investigaciones. No deben efectuarse conclusiones. Debe evitarse que la discusión se convierta en una revisión del tema y que se repitan los conceptos referidos en la introducción. No se repetirán los resultados del trabajo.

**Agradecimientos:** A personas o instituciones que, sin cumplir los requisitos de autoría, hayan colaborado en la realización del trabajo, prestado ayuda material, técnica o económica, indicando el tipo de contribución.

**Referencias bibliográficas:** Deben ajustarse a las normas internacionales del Manual de la APA (6ª edición y ss.), y deben estar todas citadas en el texto y viceversa. Se recomienda un máximo de 30 referencias, las cuales deben estar actualizadas, incluyendo al menos un 30% de los últimos cinco años. Se incluye un cuadro con ejemplos de citación.

**Tablas y figuras.** No se insertarán en el texto. Se pondrán al final del trabajo, una por página, debidamente numeradas con números arábigos según su orden de presentación. Cada una debe tener un título breve que indique claramente su contenido. Se admitirán hasta un máximo de seis figuras y/o tablas.

Los manuscritos que no se ajusten completamente a las recomendaciones presentadas aquí no serán considerados para la evaluación y serán devueltos al autor/es, con la indicación de que realice las modificaciones oportunas para cumplir los requisitos de formato exigidos.

## **OBSERVACIONES**

**Citas bibliográficas del texto:** incluirán el apellido del autor y el año de publicación, ambos entre paréntesis. Cuando el nombre forma parte de la narración únicamente se incluye entre paréntesis la fecha. Si aparecen dos o más referencias seguidas, serán ordenadas alfabéticamente. Cuando la cita tenga más de dos autores y menos de seis, aparecerá el primer apellido de todos la primera vez, poniendo en las siguientes el del primer autor seguido de “et al.”; cuando aparezcan seis o más autores se pondrá siempre el primer nombre seguido de “et al.” Si hay varios



trabajos del mismo autor/es de un mismo año se añadirá a la fecha las letras a, b, c,... a la fecha del trabajo.

**Normas de publicación de artículos sobre estudio de caso.** Presentación de Casos Clínicos deberá seguir las orientaciones establecidas para la publicación en la Sección Praxis, las cuales pueden consultarse en *Informació Psicològica*, 101, pag. 64 (Checa, 2011)

**Normas de publicación para la sección Crítica de libros.** Extensión máxima de 500 palabras. Las obras incluidas deberán haber sido publicadas en el año en curso o máximo el año anterior. Se debe adjuntar una copia digital de la portada del libro. El Equipo directivo publicará la reseña crítica de los libros que considere oportuna. Se recomienda la siguiente estructura: tema, origen de la publicación, autor(es), estructura de la obra, a quién va dirigida y juicio personal.

**Artículos breves.** El Equipo directivo podrá solicitar al autor/a de un artículo un cambio de formato para ajustarse a las características de "artículo breve", cuando las necesidades editoriales lo requieran o se considere apropiado de acuerdo con el contenido. En esta sección se publican artículos que presenten resultados originales preliminares o parciales sobre trabajos de investigación, experiencias piloto, programas preventivos o comunitarios, series clínicas de suficiente interés, etc. y que requieran de una rápida difusión. El artículo deberá ser comprensible en su totalidad sin necesidad de tener que recurrir a otras fuentes. La presentación deberá cumplir con las mismas normas de contenido y con el estándar de rigor científico de los trabajos de mayor extensión. La extensión no superará las 3000 palabras, incluyendo un resumen no mayor de 150 palabras, un máximo de dos cuadros o figuras, y un máximo de 15 citas bibliográficas. El resto de características de formato seguirán las normas de publicación generales de la revista.

**Envío de originales y proceso de aceptación.** Los originales se remitirán a la Secretaría de Redacción a través de la página web de la revista en un documento formato Word. El documento se acompañará de una carta o de un texto en el que se indique expresamente que el trabajo no ha sido enviado a otras publicaciones, y de que caso de ser admitido para publicación el autor cede los derechos de publicación a *Informació Psicològica*.

La Revista sigue un proceso de evaluación acreditado y regular con cada trabajo que llega a la redacción –evaluación por pares (externos y anónimos)-. Los evaluadores son miembros del Equipo Científico o expertos en el tema tratado, que emiten su revisión sobre el estado del trabajo mediante un protocolo estandarizado. Finalmente, la Dirección de la Revista valora y decide sobre la conveniencia de su publicación, propuesta de modificación o, en su caso, rechazo del original, lo cual es comunicado al autor/es por escrito. Si el trabajo es aceptado para su publicación, los derechos de impresión y reproducción por cualquier forma y medio son del editor, aunque se atenderá cualquier petición razonable por parte del autor para obtener el permiso de reproducción de sus contribuciones.

### Ejemplos de citación

Libros:

Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

Cantón, E. (2013). *La "Jirafa de Cantón": un modelo de estrategia motivacional aplicado desde la perspectiva del Coaching*. Granada: Editorial CSV.

Capítulos de libro:

Claramunt, C. (2000). Perspectiva evolutiva de la sexualidad y la reproducción. En C. Moreno-Rosset (Coord.) *Factores psicológicos de la infertilidad* (pp.33-61). Madrid: Sanz y Torres.

Artículos de revistas:

Cantón, E. (2010). Un caso paradigmático de la encrucijada actual en Psicología del Deporte: el trabajo e investigación en motivación. *Informació Psicològica*, 100, 24-36.

Martínez, C; Perelló, M.J.; Hernández, M. (2011). El trastorno de pánico, con o sin agorafobia, y su tratamiento. Visión actual. *Informació Psicològica*, 102, 63-78.

Documentos disponibles on-line

Gil-Monte, P.R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *PsicoPediaHoy*, 3(9). Disponible en <http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>

Para otras opciones se debe consultar el Manual de publicaciones de la APA, última edición.

informació  
psicològica



Col·legi Oficial de Psicòlegs  
Comunitat Valenciana

[www.informaciopsicologica.info](http://www.informaciopsicologica.info)