

VI Congreso  
de la Asociación Española  
de Psicología Clínica  
y Psicopatología





## Entidades colaboradoras:



Universidad  
de Huelva

Facultad Ciencias de la Educación  
Dpto. Psicología Clínica, Experimental y Social  
Dpto. Psicología Evolutiva  
Vicerrectorado de Estudiantes  
Vicerrectorado de Extensión Universitaria



Colegio Oficial de Psicología  
de Andalucía Occidental



JUNTA DE ANDALUCÍA



Diputación de Huelva



Ayuntamiento  
de Huelva

Cajasol







## COMITÉ DE HONOR

Francisco José Martínez López  
*Rector de la Universidad de Huelva*

Micaela Navarro Garzón  
*Consejera para la Igualdad y Bienestar Social*

María Jesús Montero Cuadrado  
*Consejera de Salud*

Petronila Guerrero Rosado  
*Presidenta de la Diputación de Huelva*

Margarita Laviana Cuetos  
*Decana del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*

Yolanda Pelayo Díaz  
*Vicerrectora de Estudiantes de la Universidad de Huelva*

Francisco Morales Gil  
*Decano de la Facultad de Ciencias de la Educación  
de la Universidad de Huelva*

Jose Miguel Bernal Vilán  
*Presidente de la Delegación de Huelva del  
Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*

Esperanza Torrico Linares  
*Directora del Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social  
de la Universidad de Huelva*



## COMITÉ ORGANIZADOR

<b>Presidente</b>	Luis Miguel Pascual Orts <i>Universidad de Huelva</i>
<b>Vicepresidenta</b>	Esperanza Torrico Linares <i>Universidad de Huelva</i>
<b>Vocales</b>	Carmen Santín Vilariño <i>Universidad de Huelva</i> Raquel Remesal Cobreros <i>Universidad de Huelva</i> M. Carmen Granado Alcón <i>Universidad de Huelva</i> M. José López López <i>Universidad de Huelva</i> José Carmona Márquez <i>Universidad de Huelva</i> Ana Barquero González <i>Universidad de Huelva</i> Mercedes Borda Más <i>Universidad de Sevilla</i> Juan Franciso Rodríguez Testal <i>Universidad de Sevilla</i>
<b>Secretaria:</b>	Zaira Morales Domínguez <i>Universidad de Huelva</i>



## COMITÉ CIENTÍFICO

Alma Martínez de Salazar	<i>Servicio Andaluz de Salud</i>
Amparo Belloch	<i>Universitat de València</i>
Anthony Morgan	<i>Nat. Institute of Health &amp; Clinical Excellence</i>
Begoña Olabarría	<i>Ayuntamiento de Madrid</i>
Bonifacio Sandín	<i>Universidad Nacional Educación a Distancia</i>
Carme Carrió	<i>Diputación de Valencia</i>
Carmelo Vázquez	<i>Universidad Complutense de Madrid</i>
Carmen García Montalvo	<i>Universidad de Murcia</i>
Carmen Senra	<i>Universidad de Santiago de Compostela</i>
Concha López Soler	<i>Universidad de Murcia</i>
Consuelo Escudero	<i>Servicio de Salud Mental de Getafe</i>
Conxa Perpiñá	<i>Universitat de València</i>
Cristina Botella	<i>Universitat Jaume I de Castelló</i>
Elisa Gallach	<i>Conselleria de Sanitat de Valencia</i>
Elisardo Becoña	<i>Universidad de Santiago de Compostela</i>
Enrique Echeburúa	<i>Universidad del País Vasco</i>
Esperanza Torrico	<i>Universidad de Huelva</i>
Fermin Pérez	<i>Servicio Andaluz de Salud</i>
Francisco Ramos	<i>Universidad de Salamanca</i>
Hipolito Merino	<i>Universidad de Santiago de Compostela</i>
Jordi Obiols	<i>Universidad Autónoma de Barcelona</i>
Jose Antonio M. Carrobes	<i>Universidad Autónoma de Madrid</i>
José López Santiago	<i>Servicio de Salud de Castilla - La Mancha</i>
José Manuel Rodríguez	<i>Universidad de Sevilla</i>
Jose Miguel Bernal Vilán	<i>Colegio Oficial Psicología (Andalucía Occ.)</i>
José Sánchez Cánovas	<i>Universitat de València</i>
Juan Francisco Rodríguez Testal	<i>Universidad de Sevilla</i>
Luis Miguel Pascual	<i>Universidad de Huelva</i>
M. Ángeles Pérez San Gregorio	<i>Universidad de Sevilla</i>
Margarita Diges	<i>Universidad Autónoma de Madrid</i>
Margarita Laviana	<i>Colegio Oficial Psicología (Andalucía Occ.)</i>
Mercedes Borda	<i>Universidad de Sevilla</i>
Miquel Tortella	<i>Universitat de les Illes Balears</i>



Montserrat Gómez de Terreros	<i>Universidad de Sevilla</i>
Paloma Chorot	<i>Universidad Nacional Educación a Distancia</i>
Paul Emmelkamp	<i>Universiteit van Amsterdam</i>
Paz de Corral	<i>Universidad del País Vasco</i>
Pedro Mesa	<i>Universidad de Sevilla</i>
Peter Kinderman	<i>University of Liverpool</i>
Philippa Garety	<i>Institute of Psychiatry</i>
Pilar Martínez	<i>Universidad de Granada</i>
Rafael Ballester	<i>Universitat Jaume I de Castelló</i>
Richard Hastings	<i>Bangor University</i>
Rosa Baños	<i>Universitat de València</i>
Rosa Valiente	<i>Universidad Nacional Educación a Distancia</i>
Vicente Pelechano	<i>Universidad de La Laguna</i>



## **JUNTA DIRECTIVA DE LA A.E.P.C.P.**

<b>Presidenta</b>	Amparo Belloch Fuster
<b>Vicepresidenta</b>	Cristina Botella Arbona
<b>Secretaria</b>	Concha López-Soler
<b>Vicesecretaria</b>	Begoña Olabarria González
<b>Tesorera</b>	Carme Carrió Rodríguez
<b>Bibliotecario</b>	Bonifacio Sandín Ferrero
<b>Vocales</b>	Rafael Ballester Arnal Mercedes Borda Más Consuelo Escudero Álvaro Alma Martínez de Salazar José López Santiago





# ÍNDICE

Agenda .....	13
Cronograma.....	25
Índice de trabajos .....	31
Resúmenes:	
<i>Conferencias</i> .....	59
<i>Simposia</i> .....	73
<i>Mesas redondas</i> .....	113
<i>Sesiones Clínicas</i> .....	141
<i>Coloquio</i> .....	147
<i>Taller</i> .....	151
<i>Sesión de comunicaciones libres</i> .....	155
<i>Sesión de pósteres</i> .....	219
Mapas .....	317



# AGENDA

---







## JUEVES, 27 DE NOVIEMBRE

- 8:00 - 9:00:** Recogida de Documentación
- 9:00 - 9:30:** Inauguración Oficial. *Aula Magna* ' *Jacobo del Barco*'
- 9:30 - 10:00:** Conferencia Inaugural. *Aula Magna* ' *Jacobo del Barco*'  
**Aportaciones al tema de la muerte desde la psicología clínica**  
Dra. Mercedes Borda Más (*Universidad de Sevilla*)
- 10:00 - 11:00:** Conferencia. *Aula Magna* ' *Jacobo del Barco*'  
**Cognitive models and cognitive behavioural therapy for psychosis - current status and future directions**  
Dra. Philippa Garety (*Institute of Psychiatry, Inglaterra*)
- 11:00 - 11:30:** Pausa - café
- 11:30 - 13:00:** Mesa Redonda. *Aula Magna*  
**Intervenciones en el ámbito de la psicología de la salud**  
Coord. Maria Isabel Vázquez Rodríguez (*Universidad de Santiago de Compostela*)
- Intervención psicológica en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Elena García Vega (*Universidad de Oviedo*)
  - La psicooncología: perspectivas y desafíos actuales. Juan Antonio Cruzado (*Universidad Complutense de Madrid*)
  - Intervención psicológica en problemas de salud a través de Internet. Miguel Angel Vallejo (*UNED*)
- 11:30 - 13:00:** Sesión Clínica. *Salón de Actos*  
**Un caso de tratamiento a tres bandas**  
Teresa Ruiz Reglero (*Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez, Huelva*)
- 11:30 - 13:00:** Sesión de Comunicaciones. *Sala de Grados*  
**Sesión de comunicaciones libres 1: Retos actuales en Psicología de la salud**  
Coord.: Alma Martínez (*Servicio Andaluz de Salud*)
- 13:00 - 14:30:** Mesa Redonda. *Aula Magna*  
**Rehabilitación en trastornos mentales crónicos**  
Coord. Margarita Laviana Cuetos (*Coordinadora de la Comunidad Terapéutica de Salud Mental. Área Virgen del Rocío. Sevilla*)



- La Rehabilitación psicosocial. La perspectiva desde lo sanitario y desde lo social. Teo Sobrino Calzado (Instituto Psiquiátrico José Germain)
- La Rehabilitación desde la perspectiva de los usuarios. Lo que recibimos y lo que nos gustara recibir. José Manuel Arévalo López (Plataforma de Asociaciones de Usuarios de Salud Mental de Andalucía)
- Los programas de apoyo social y la recuperación de las personas con trastornos mentales graves: una visión desde Andalucía. Marcelino López Álvarez (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM))
- El abordaje integral de los problemas de personas con Trastorno Mental Grave: La Rehabilitación como proceso de recuperación. Margarita Laviana Cuetos (Coordinadora de la Comunidad Terapéutica de Salud Mental. Área Virgen del Rocío. Sevilla)

**13:00 - 14:30:** Symposium. *Salón de Actos*

**La intervención multidisciplinar en el TDAH**

Coord. Mateu Servera Barceló (Universitat de les Illes Balears)

- El tratamiento del TDAH a través de la formación de padres. Inmaculada Moreno (Universidad de Sevilla)
- El tratamiento del TDAH en la escuela y la formación de educadores. Manuel Soriano (Universidad de Valencia)
- El tratamiento farmacológico del TDAH: "viejas" y "nuevas" alternativas. Esther Cardo (Hospital Son Llàtzer, Palma & Universitat de les Illes Balears)
- El tratamiento multidisciplinar del TDAH: estado de la cuestión. Mateu Servera (Universitat de les Illes Balears)

**13:00 - 14:30:** Symposium. *Sala de Grados*

**Estrategias de evaluación y diagnóstico**

Coord. José Manuel Rodríguez González (Universidad de Sevilla)

- Instrumentos de evaluación en Psicología Forense. Bernat N. Tifón Nonis (Universitat Internacional de Catalunya)
- Valoración de programas en psicología clínica. M<sup>a</sup> Oliva Márquez Sánchez (Universidad Autónoma de Madrid)
- Actualización en la evaluación de la ansiedad. Antonio Cano Vindel (Universidad Complutense de Madrid)



**14:30 - 16:00:** Pausa - comida

**16:00 - 17:00:** Conferencia. *Aula Magna*

**Estrés laboral: conciliación la familia y el trabajo**

Dr. Francisco Ramos (Universidad de Salamanca, España)

**17:00 - 18:30:** Symposium. *Aula Magna*

**Maltrato infantil**

Coord. Jorge Sixto Olivares Parra (Universidad de Valladolid)

- Perfil postraumático en menores maltratados: evaluación psicológica del estrés postraumático (TEPT y TEPTC). C. López-Soler, M. Castro, C. G<sup>a</sup>- Montalvo, A. Garriga, M. Alcántara y V. Fernández (Universidad de Murcia)
- Tratamiento cognitivo-emocional-conductual (CEC), mediante realidad virtual (RV) en un caso de maltrato infantil grave. C. López-Soler, M. Alcántara, V. Fernández, M. Castro, y A. Martínez. (Universidad de Murcia)
- Personalidad, inadaptación y repercusiones lingüísticas en menores maltratados. J. M. Moreno y M. E. García - Baamonde. (Universidad de Extremadura)

**17:00 - 18:30:** Sesión clínica. *Salón de Actos*

**Exposición de un caso clínico de trastorno obsesivo compulsivo**

Dr. Juan Fco. Rodríguez Testal, M. Paz Rodríguez Mateos y M. M. Benítez Hernández (Universidad de Sevilla)

**17:00 - 18:30:** Sesión de Comunicaciones. *Sala de Grados*

**Sesión de comunicaciones libres 2: Intervenciones clínicas en problemas de salud**

Coord.: Conxa Perpíña (Universidad de Valencia)

**18:30 - 19:00:** Pausa

**19:00 - 20:30:** Coloquio. *Aula Magna*

**La psicología clínica universitaria en España: orígenes y curso de la segunda fase**

Coord. Vicente Pelechano (Universidad de La Laguna)

Ponentes:

- Enrique Echeburúa (Universidad del País Vasco)
- Amparo Belloch (Universidad de Valencia)
- Francisco Revuelta (Universidad de Huelva)



**19:00 - 20:30:** Mesa redonda. *Salón de Actos*

**Adicciones y dependencias en el siglo XXI**

Coord. Emilio Moreno San Pedro (Universidad de Huelva)

- Marco epidemiológico del consumo actual de sustancias. Oscar Lozano Rojas (Universidad de Huelva)
- Dependencia a grupos de manipulación psicológica. Carmen Almendros (Universidad Autónoma de Madrid)
- Socioadicciones. Vega González (AIS: Atención e Investigación de Socioadicciones, Barcelona)

**19:00 - 20:30:** Sesión de Comunicaciones. *Sala de Grados*

**Sesión de comunicaciones libres 3: Estudios sobre Psicopatología infantil**

Coord.: Concha López Soler (Universidad de Murcia)

**Día completo:** Sesión de Pósteres.

**Sesión de poster 1: Psicopatología y psicología clínica en la edad adulta**

Coord.: Pilar Martínez (Universidad de Granada)



## VIERNES, 28 DE NOVIEMBRE

- 9:00 - 10:00:** Conferencia. *Aula Magna*  
**How Evidence-Based is Cognitive Therapy?**  
Dr. Paul Emmelkamp (Universiteit van Amsterdam, Holanda)
- 10:00 - 11:30:** Mesa Redonda. *Aula Magna*  
**Aspectos de especial compromiso en la práctica clínica. Exigencias éticas, legales y de autocuidado.**  
Coord. Jerónimo Acosta Quintero (C.O.P. Andalucía Occidental)
- Exigencias éticas en la práctica clínica. Carmen del Río Sánchez (Universidad de Sevilla, Presidenta de la Comisión de Ética y Deontología del COP-AO)
  - Aspectos legales a considerar en la emisión de informes forenses. Ramón Arce Fernández (Universidad de Santiago de Compostela)
  - El desgaste profesional del psicólogo: datos y procesos clínicos. Bernardo Moreno (Universidad Autónoma de Madrid)
- 10:00 - 11:30:** Sesión clínica. *Salón de Actos*  
**La Terapia Dialéctico-Comportamental en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: Un estudio de caso**  
Azucena García-Palacios, Reyes Moliner, María Vicenta Navarro y Cristina Botella (Universitat Jaume I de Castellón y Centro Clínico PREVI)
- 10:00 - 11:30:** Sesión de Comunicaciones. *Sala de Grados*  
**Sesión de comunicaciones libres 4: Nuevas aportaciones en psicopatología**  
Coord.: Begoña Olabarria (Ayuntamiento de Madrid)
- 10:00 - 11:30:** Sesión de Comunicaciones. *Aula 6.2 CC. Educación*  
**Sesión de comunicaciones libres 5: Psicopatología y estudios sobre procesos psicológicos**  
Coord.: Monserrat Andrés (Universidad de Huelva)
- 11:30 - 12:00:** Pausa - café



- 12:00 - 13:30:** Mesa Redonda. *Aula Magna*  
**Presente y futuro de la formación especializada interno residente del psicólogo clínico**  
Coord. Carmen Carrió Rodríguez (Unidad de Salud Mental de Burjassot, Valencia)
- Opciones y valores en el sistema formativo PIR. Miguel Anxo García Álvarez (Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela)
  - Importancia en la formación PIR de la formación continuada e investigación. Lucía Igualada Martínez (Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Gandía, Valencia)
  - El PIR desde la experiencia de un residente. José M<sup>a</sup> Gabari Ledesma (Unidad Docente del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas de Almería)
- 12:00 - 13:30:** Symposium. *Salón de Actos*  
**Estatus actual de la prevención como campo de actuación dentro de la Psicología de la Salud: avances en la prevención del Sida**  
Coord. Rafael Ballester Arnal (Universidad Jaime I de Castellón)
- Viendo crecer a Hygeia. Rafael Ballester (Universitat Jaume I de Castelló)
  - La prevención del Sida desde una perspectiva de género. María Lameiras (Universidad de Vigo)
  - Evidencias de eficacia diferencial de distintas intervenciones para la prevención de la Infección por VIH en educación secundaria: modelo psicoeducativo versus modelo interactivo-experiencial. Eduardo Remor, Pilar Traseira (Universidad Autónoma de Madrid)
  - La prevención del Sida en jóvenes: eficacia diferencial de la prevención en función del tipo de estrategia, del tipo de facilitador y de variables disposicionales. Rafael Ballester (Universitat Jaume I de Castelló)
- 12:00 - 13:30:** Sesión de Comunicaciones. *Sala de Grados*  
**Sesión de comunicaciones libres 6: Avances en terapias psicológicas**  
Coord.: M. Ángeles Pérez (Universidad de Sevilla)
- 13:30 - 14:30:** Conferencia. *Aula Magna*  
**Intensive Applied Behaviour Analysis Intervention for Children with Autism: Evidence Base, and the Translation into Practice**  
Richard Hastings (Bangor University, Gales)



**14:30 - 16:00:** Pausa - comida

**16:00 - 17:00:** Conferencia. *Aula Magna*

**Trastornos obsesivos compulsivos: perspectivas actuales**

Dra. Amparo Belloch (Universitat de València, España)

**17:00 - 18:30:** Mesa Redonda. *Aula Magna*

**Situación actual de la especialidad sanitaria de la psicología clínica**

Coord. Consuelo Escudero (Vicepresidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica)

- D. Felipe Petriz (Director General de Universidades. Ministerio de Ciencia e Innovación)
- D. Miguel Javier Rodríguez, Subdirector General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad
- D<sup>a</sup> Begoña Olabarria (Ex-Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica. Vocal del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, MSC)

**17:00 - 18:30:** Symposium. *Salón de Actos*

**Nuevos instrumentos para la evaluación de los trastornos de ansiedad**

Coord. Bonifacio Sandín Ferrero (Universidad Nacional a Distancia)

- Evaluación de nuevos constructos relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo. Amparo Belloch (Universidad de Valencia)
- Nuevos instrumentos de autoinforme para la evaluación y diagnóstico del trastorno de pánico. Paloma Chorot (Universidad Nacional de Educación a Distancia)
- Procedimientos psicométricos para la evaluación de la sensibilidad al asco. Rosa M. Valiente, Bonifacio Sandín y Margarita Olmedo (Universidad Nacional de Educación a Distancia)
- Evaluación de los miedos y las fobias en población adulta y en niños y adolescentes. Bonifacio Sandín (Universidad Nacional de Educación a Distancia)



- 17:00 - 18:30:** Symposium. *Salón de Actos*  
**Sesión de comunicaciones libres 7: Infancia, familia y estilos educativos**  
Coord.: Miguel Ángel Santed (Universidad Nacional de Educación a Distancia)
- 18:30 - 19:00:** Pausa
- 19:00 - 20:00:** Asamblea General socios AEPCP
- Día completo:** Sesión de Pósteres.  
**Sesión de poster 2: Psicopatología y psicología clínica en la infancia y adolescencia**  
Coord.: Rosa M. Valiente (UNED)



## SÁBADO, 29 DE NOVIEMBRE

- 9:00 - 10:00:** Conferencia. *Aula Magna*  
**Building new theories and taking action for young peoples health and development: the asset model**  
Dr. Anthony R. Morgan (National Institute of Health and Clinical Excellence, Inglaterra)
- 10:00 - 11:30:** Symposium. *Aula Magna*  
**Los trastornos mentales graves: problemática actual**  
Coord. José López Santiago (Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, SESCAM, Albacete)
- Tratamientos psicológicos del TMG: Eficacia y efectividad. Rafael Penadés Rubio (Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínico de Barcelona, IDIBAPS)
  - El modelo de red y los dispositivos en la atención al TMG. José Manuel Cañamares Yelmo (Director de la Mini-residencia y Centro de Rehabilitación Psicosocial Getafe)
  - Intervención temprana en psicosis: ¿un nuevo paradigma asistencial? Vicente Ibáñez Rojo (Hospital de Día Salud Mental, Hospital Torrecárdenas, Almería)
- 10:00 - 11:30:** Symposium. *Aula 9.7 Humanidades*  
**Sexualidad y psicopatologías**  
Coord. Carmen Santín Vilariño (Universidad de Huelva)
- Actualización en disfunciones sexuales femeninas. Francisco Cabello Santamaría. (Presidente del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, sede de Málaga)
  - Tratamiento integral de los celos patológicos. Arun Mansukhani (Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, Málaga)
  - Técnicas bioenergéticas en el tratamiento de la eyaculación retardada. José Luis Sánchez de Cueto Lorenzo (Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, Sevilla)
  - Relaciones de pareja en jóvenes. El papel de la educación en la prevención de las dificultades sexuales e interpersonales. Antonio Daniel Garcia Rojas (Universidad de Huelva)



- 10:00 - 11:30:** Sesión Clínica. *Aula 10.7 Humanidades*  
**Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno de pánico.**  
Raquel Remesal (H. Juan Ramón Jiménez, Huelva)
- 10:00 - 12:00:** Taller. *Aula 9.5 Humanidades*  
**Terapia cognitiva del trastorno obsesivo-compulsivo**  
Coord.: Elena Cabedo Barber. (CSM Foios. Agencia Valenciana de Salud) y Carmen Carrió Rodríguez (CSM Burjassot. Agencia Valenciana de Salud)
- 11:30 - 12:00:** Pausa - café
- 12:00 - 13:00:** Conferencia de clausura. *Aula Magna*  
**A psychological model of mental disorder**  
Peter Kinderman (University of Liverpool, Inglaterra)
- 13:00 - 14:00:** Clausura Congreso. *Aula Magna*
- Día completo:** Sesión de Pósteres.  
**Sesión de poster 3: Psicología de la salud**  
Coord.: Zaira Morales (Universidad de Huelva)

# CRONOGRAMA

---







JUEVES, 27 DE NOVIEMBRE					
8:00		Recogida de documentación (Facultad de Humanidades)		8:00	
9:00		Inauguración oficial Aula Magna 'Jacobo del Barco'		9:00	
9:30		CONFERENCIA INAUGURAL: PROF. DRA. MERCEDES BORDA MAS (Universidad de Sevilla) <i>Aportaciones al tema de la muerte desde la psicología clínica</i> Aula Magna 'Jacobo del Barco'		9:30	
10:00		CONFERENCIA PLENARIA PROF. DRA: PHILIPPA GARETY (Institute of Psychiatry, Inglaterra) <i>Cognitive models and cognitive behavioural therapy for psychosis current status and future directions</i> Aula Magna 'Jacobo del Barco'		10:00	
11:00		Pausa - café		11:00	
11:30	P1	Mesa redonda (AM) Intervenciones en el ámbito de la psicología de la salud	Sesión clínica (SA) Exposición de un caso de trastorno del desarrollo	Comunicaciones 1 (SG) Retos actuales en Psicología de la salud	11:30
13:00		Mesa redonda (AM) <i>Rehabilitación en trastornos mentales crónicos</i>	Symposium (SA) <i>La intervención multidisciplinar en el TDAH</i>	Symposium (SG) Estrategias de evaluación y diagnóstico	13:00
14:30		Pausa - comida		14:30	
16:00		CONFERENCIA PLENARIA PROF. DR. FRANCISCO RAMOS (Universidad de Salamanca) <i>Estrés laboral: conciliación la familia y el trabajo</i> Aula Magna 'Jacobo del Barco'		16:00	
17:00		Symposium (AM) Maltrato infantil	Sesión Clínica (SA) Exposición de un caso clínico de trastorno obsesivo convulsivo	Comunicaciones 2 (SG) <i>Intervenciones clínicas en problemas de salud</i>	17:00
18:30		Pausa		18:30	
19:00		Coloquio (AM) La psicología clínica universitaria en España: orígenes y curso de la segunda fase	Mesa redonda (SA) <i>Adicciones y dependencias en el siglo XXI</i>	Comunicaciones 3 (SG) Estudios sobre Psicopatología infantil	19:00

P1: Sesión de poster 1: Psicopatología y psicología clínica en la edad adulta  
AM: Aula Magna 'Jacobo del Barco'; SA: Salón Actos Fac. CC. Educación; SG: Salón Grados Fac. CC. Educación



VIERNES, 28 DE NOVIEMBRE						
9:00		<b>CONFERENCIA: PLENARIA</b> <b>PROF. DR. PAUL EMMELKAMP</b> (Universiteit van Amsterdam, Holanda) <i>How Evidence-Based is Cognitive Therapy?</i> Aula Magna 'Jacobo del Barco'		9:00		
10:00	P2	<b>Mesa redonda (AM)</b> Aspectos de especial compromiso en la práctica clínica. Exigencias éticas, legales y de autocuidado	<b>Sesión Clínica (SA)</b> La Terapia Dialéctico-Comportamental en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: un estudio de caso	<b>Comunicaciones 4 (SG)</b> Nuevas aportaciones en psicopatología	<b>Comunicaciones 5 (6.2)</b> Psicopatología y estudios sobre procesos psicológicos	10:00
11:30		Pausa café			11:30	
12:00		<b>Mesa redonda (AM)</b> Presente y futuro de la formación especializada interno residente del psicólogo clínico	<b>Symposium (SA)</b> Estatus actual de la prevención como campo de actuación dentro de la Psicología de la Salud: avances en la prevención del Sida	<b>Comunicaciones 6 (SG)</b> Avances en terapias psicológicas		12:00
13:30		<b>CONFERENCIA: PLENARIA</b> <b>PROF. DR. RICHARD HASTINGS</b> (Bangor University, Gales) <i>Intensive Applied Behaviour Analysis Intervention for Children with Autism: Evidence Base, and the Translation into Practice</i> Aula Magna 'Jacobo del Barco'		13:30		
14:30		Pausa - comida			14:30	
16:00		<b>CONFERENCIA: PLENARIA</b> <b>PROF. DRA: AMPARO BELLOCH</b> (Universidad de Valencia) <i>Trastornos obsesivos compulsivos: perspectivas actuales</i> Aula Magna 'Jacobo del Barco'		16:00		
17:00		<b>Mesa redonda (AM)</b> Situación actual de la especialidad sanitaria de la psicología clínica	<b>Symposium (SA)</b> Nuevas perspectivas en la evaluación psicométrica de los trastornos de ansiedad	<b>Comunicaciones 7 (SG)</b> Infancia, familia y estilos educativos		17:00
18:30		Pausa			18:30	
19:00		<b>ASAMBLEA GENERAL SOCIOS AEEPCP</b> Aula Magna 'Jacobo del Barco'			19:00	

P2: Sesión de poster 2: Psicopatología y psicología clínica en la infancia y adolescencia

AM: Aula Magna 'Jacobo del Barco'; SA: Salón Actos Fac. CC. Educación; SG: Salón Grados Fac. CC. Educación; 6.2: Aula 6.2 CC. Educación



SÁBADO, 29 DE NOVIEMBRE					
9:00	<b>CONFERENCIA: PLENARIA</b> <b>PROF. DR. ANTHONY MORGAN</b> (National Institute of Health and Clinical Excellence, Inglaterra). <i>Building new theories and taking action            for young peoples health and development:            the asset model.</i> Aula Magna 'Jacobo del Barco'			9:00	
10:00	<b>Symposium (AM)</b> Los trastornos mentales graves: problemática actual	<b>Symposium (9.7)</b> Sexualidad y psicopatologías	<b>Sesión Clínica (10.6)</b> Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno de pánico	<b>Taller (9.5)</b> Terapia cognitiva del trastorno obsesivo-compulsivo	10:00
11:30	Pausa café			11:30	
12:00	<b>CONFERENCIA CLAUSURA</b> <b>PROF. DR: PETER KINDERMAN</b> (University of Liverpool, Inglaterra) <i>A psychological model of mental disorder</i> Aula Magna 'Jacobo del Barco'			12:00	
13:00	<b>CLAUSURA CONGRESO</b>			13:00	

P3: Sesión de poster 3: Psicología de la salud

AM: Aula Magna 'Jacobo del Barco'; SA: Salón Actos Fac. CC. Educación; SG: Salón Grados Fac. CC. Educación; Aula 9.7 Humanidades; Aula 10.6 Humanidades; Aula 9.5 Humanidades



# ÍNDICE DE TRABAJOS

---







## CONFERENCIAS

### **Aportaciones al tema de la muerte desde la psicología clínica.**

Dra. Mercedes Borda  
(Universidad de Sevilla, España)  
Jueves, 27 de noviembre, 9:30 h (Aula Magna)

### **Cognitive models and cognitive behavioural therapy for psychosis - current status and future directions.**

Dra. Philippa Garety  
(Institute of Psychiatry, King`s College, Inglaterra)  
Jueves, 27 de noviembre, 10:00 h (Aula Magna)

### **Estrés laboral: conciliación la familia y el trabajo.**

Dr. Francisco Ramos  
(Universidad de Salamanca, España)  
Jueves, 27 de noviembre, 16:00 h (Aula Magna)

### **How Evidence-Based is Cognitive Therapy?**

Dr. Paul Emmelkamp  
(Universiteit van Amsterdam, Holanda)  
Viernes, 28 de noviembre, 9:00 h (Aula Magna)

### **Intensive Applied Behaviour Analysis Intervention for Children with Autism: Evidence Base, and the Translation into Practice.**

Richard Hastings  
(Bangor University, Gales)  
Viernes, 28 de noviembre, 13:30 h (Aula Magna)

### **Trastornos obsesivos compulsivos: perspectivas actuales.**

Dra. Amparo Belloch  
(Universitat de València, España)  
Viernes, 28 de noviembre, 16:00 h (Aula Magna)

### **Building new theories and taking action for young peoples health and development: the asset model.**

Dr. Anthony R. Morgan  
(National Institute of Health and Clinical Excellence, Inglaterra).  
Sábado, 29 de noviembre, 9:00 h (Aula Magna)

### **A psychological model of mental disorder.**

Peter Kinderman  
(University of Liverpool, Inglaterra)  
Sábado, 29 de noviembre, 12:00 h (Aula Magna)



## SIMPOSIA

### Estrategias de evaluación y diagnóstico

Coord. José Manuel Rodríguez González  
(Universidad de Sevilla)

Jueves, 27 de noviembre, 13:00 h (Salón de Grados, CC. Educación)

- Instrumentos de evaluación en Psicología Forense. Bernat N. Tifón Nonis (Universitat Internacional de Catalunya)
- Valoración de programas en psicología clínica. M<sup>a</sup> Oliva Márquez Sánchez (Universidad Autónoma de Madrid)
- Actualización en la evaluación de la ansiedad. Antonio Cano Vindel (Universidad Complutense de Madrid)

### La intervención multidisciplinar en el TDAH

Coord. Mateu Servera Barceló  
(Universitat de les Illes Balears)

Jueves, 27 de noviembre, 13:00 h (Salón de Actos, CC. Educación)

- El tratamiento del TDAH a través de la formación de padres. Inmaculada Moreno (Universidad de Sevilla)
- El tratamiento del TDAH en la escuela y la formación de educadores. Manuel Soriano (Universidad de Valencia)
- El tratamiento farmacológico del TDAH: "viejas" y "nuevas" alternativas. Esther Cardo (Hospital Son Llàtzer, Palma & Universitat de les Illes Balears)
- El tratamiento multidisciplinar del TDAH: estado de la cuestión. Mateu Servera (Universitat de les Illes Balears)

### Maltrato infantil

Coord. Jorge Sixto Olivares Parra  
(Universidad de Valladolid)

Jueves, 27 de noviembre, 17:00 h (Aula Magna)

- Perfil postraumático en menores maltratados: evaluación psicológica del estrés postraumático (TEPT y TEPTC). C. López-Soler, M. Castro, C. G<sup>a</sup>-Montalvo, A. Garriga, M. Alcántara y V. Fernández (Universidad de Murcia)
- Tratamiento cognitivo-emocional-conductual (CEC), mediante realidad virtual (RV) en un caso de maltrato infantil grave. C. López-Soler, M. Alcántara, V. Fernández, M. Castro, y A. Martínez. (Universidad de Murcia)
- Personalidad, inadaptación y repercusiones lingüísticas en menores maltratados. J. M. Moreno y M. E. García - Baamonde. (Universidad de Extremadura)



## **Estatus actual de la prevención como campo de actuación dentro de la Psicología de la Salud: avances en la prevención del Sida**

Coord. Rafael Ballester Arnal  
(Universidad Jaime I de Castellón)  
Viernes, 28 de noviembre, 12:00 h (Salón Actos, CC. Educación)

- Viendo crecer a Hygeia. Rafael Ballester (Universitat Jaume I de Castelló)
- La prevención del Sida desde una perspectiva de género. María Lameiras (Universidad de Vigo)
- Evidencias de eficacia diferencial de distintas intervenciones para la prevención de la Infección por VIH en educación secundaria: modelo psicoeducativo versus modelo interactivo-experiencial. Eduardo Remor, Pilar Traseira (Universidad Autónoma de Madrid)
- La prevención del Sida en jóvenes: eficacia diferencial de la prevención en función del tipo de estrategia, del tipo de facilitador y de variables disposicionales. Rafael Ballester (Universitat Jaume I de Castelló)

## **Nuevas perspectivas en la evaluación psicométrica de los trastornos de ansiedad**

Coord. Bonifacio Sandín Ferrero  
(Universidad Nacional a Distancia)  
Viernes, 28 de noviembre, 17:00 h (Salón Actos, CC. Educación)

- Evaluación de nuevos constructos relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo. Amparo Belloch (Universidad de Valencia)
- Nuevos instrumentos de autoinforme para la evaluación y diagnóstico del trastorno de pánico. Paloma Chorot (Universidad Nacional de Educación a Distancia)
- Procedimientos psicométricos para la evaluación de la sensibilidad al asco. Rosa M. Valiente, Bonifacio Sandin y Margarita Olmedo (Universidad Nacional de Educación a Distancia)
- Evaluación de los miedos y las fobias en población adulta y en niños y adolescentes. Bonifacio Sandin (Universidad Nacional de Educación a Distancia)

## **Sexualidad y psicopatologías**

Coord. Carmen Santín Vilariño  
(Universidad de Huelva)  
Sábado, 29 de noviembre, 10:00 h (Aula 9.7, Humanidades)

- Actualización en disfunciones sexuales femeninas. Francisco Cabello Santamaría. (Presidente del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, sede de Málaga)



- Tratamiento integral de los celos patológicos. Arun Mansukhani (Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, Málaga)
- Técnicas bioenergéticas en el tratamiento de la eyaculación retardada. José Luis Sánchez de Cueto Lorenzo (Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, Sevilla)
- Relaciones de pareja en jóvenes. El papel de la educación en la prevención de las dificultades sexuales e interpersonales. Antonio Daniel Garcia Rojas (Universidad de Huelva)

### **Los trastornos mentales graves: problemática actual**

Coord. Jose López Santiago

(Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, SESCAM, Albacete)

Sábado, 29 de noviembre, 10:00 h (Aula Magna)

- Tratamientos psicológicos del TMG: Eficacia y efectividad. Rafael Penadés Rubio (Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínico de Barcelona, IDIBAPS)
- El modelo de red y los dispositivos en la atención al TMG. José Manuel Cañamares Yelmo (Director de la Mini-residencia y Centro de Rehabilitación Psicosocial Getafe)
- Intervención temprana en psicosis: ¿un nuevo paradigma asistencial? Vicente Ibáñez Rojo (Hospital de Día Salud Mental, Hospital Torrecárdenas, Almería)



## MESAS REDONDAS

### Intervenciones en el ámbito de la psicología de la salud

Coord. Maria Isabel Vázquez Rodríguez

(Universidad de Santiago de Compostela)

Jueves, 27 de noviembre, 11:30 h (Aula Magna)

- Intervención psicológica en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Elena García Vega (Universidad de Oviedo)
- La psicooncología: perspectivas y desafíos actuales. Juan Antonio Cruzado (Universidad Complutense de Madrid)
- Intervención psicológica en problemas de salud a través de Internet. Miguel Angel Vallejo (UNED)

### Rehabilitación en trastornos mentales crónicos

Coord. Margarita Laviana Cuetos

(Coordinadora de la Comunidad Terapéutica de Salud Mental. Área Virgen del Rocío. Sevilla)

Jueves, 27 de noviembre, 13:00 h (Aula Magna)

- La Rehabilitación psicosocial. La perspectiva desde lo sanitario y desde lo social. Teo Sobrino Calzado (Instituto Psiquiátrico José Germain)
- La Rehabilitación desde la perspectiva de los usuarios. Lo que recibimos y lo que nos gustara recibir. José Manuel Arévalo López (Plataforma de Asociaciones de Usuarios de Salud Mental de Andalucía)
- Los programas de apoyo social y la recuperación de las personas con trastornos mentales graves: una visión desde Andalucía. Marcelino López Álvarez (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM))
- El abordaje integral de los problemas de personas con Trastorno Mental Grave: La Rehabilitación como proceso de recuperación. Margarita Laviana Cuetos (Coordinadora de la Comunidad Terapéutica de Salud Mental. Área Virgen del Rocío. Sevilla)

### Adicciones y dependencias en el siglo XXI

Coord. Emilio Moreno San Pedro

(Universidad de Huelva)

Jueves, 27 de noviembre, 19:00 h (Salón Actos, CC. Educación)

- Marco epidemiológico del consumo actual de sustancias. Oscar Lozano Rojas (Universidad de Huelva)
- Dependencia a grupos de manipulación psicológica. Carmen Almen-dros (Universidad Autónoma de Madrid)



- Socioadicciones. Vega González (AIS: Atención e Investigación de Socioadicciones, Barcelona)

### **Aspectos de especial compromiso en la práctica clínica. Exigencias éticas, legales y de autocuidado.**

Coord. Jerónimo Acosta Quintero  
(C.O.P. Andalucía Occidental)

Viernes, 28 de noviembre, 10:00 h (Aula Magna)

- Exigencias éticas en la práctica clínica. Carmen del Río Sánchez (Universidad de Sevilla, Presidenta de la Comisión de Ética y Deontología del COP-AO)
- Aspectos legales a considerar en la emisión de informes forenses. Ramón Arce Fernández (Universidad de Santiago de Compostela)
- El desgaste profesional del psicólogo: datos y procesos clínicos. Bernardo Moreno (Universidad Autónoma de Madrid)

### **Presente y futuro de la formación especializada interno residente del psicólogo clínico**

Coord. Carmen Carrió Rodríguez  
(Unidad de Salud Mental de Burjassot, Valencia)

Viernes, 28 de noviembre, 12:00 h (Aula Magna)

- Opciones y valores en el sistema formativo PIR. Miguel Anxo García Álvarez (Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela)
- Importancia en la formación PIR de la formación continuada e investigación. Lucía Igualada Martínez (Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Gandía, Valencia)
- El PIR desde la experiencia de un residente. José M<sup>a</sup> Gabari Ledesma (Unidad Docente del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas de Almería)

### **Situación actual de la especialidad sanitaria de la psicología clínica**

Coord. Consuelo Escudero  
(Vicepresidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica)

Viernes, 28 de noviembre, 17:00 h (Aula Magna)

- D. Felipe Petriz (Director General de Universidades. Ministerio de Ciencia e Innovación)
- D. Miguel Javier Rodríguez, Subdirector General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad
- D<sup>a</sup> Begoña Olabarria (Ex-Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica. Vocal del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, MSC)



## COLOQUIO

### **La psicología clínica universitaria en España: orígenes y curso de la segunda fase**

Coord. Vicente Pelechano

(Universidad de La Laguna)

Jueves, 27 de noviembre, 19:00 h (Aula Magna)

- Enrique Echeburúa (Universidad del País Vasco)
- Amparo Belloch (Universidad de Valencia)
- Francisco Revuelta (Universidad de Huelva)

## TALLERES

### **Terapia cognitiva del trastorno obsesivo-compulsivo**

Coord.: Elena Cabedo Barber

(CSM Foios. Agencia Valenciana de Salud)

y Carmen Carrió Rodríguez

(CSM Burjassot. Agencia Valenciana de Salud)

Sábado, 28 de noviembre, 10:00 h (Aula 9.5, Humanidades)

## SESIONES CLÍNICAS

### **Un caso de tratamiento a tres bandas**

Teresa Ruiz Reglero

(Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez, Huelva)

Jueves, 27 de noviembre, 11:30 h (Salón Actos, CC. Educación)

### **Exposición de un caso clínico de trastorno obsesivo compulsivo**

Dr. Juan Fco. Rodríguez Testal, M. Paz Rodríguez Mateos y M. M. Benítez Hernández

(Universidad de Sevilla)

Jueves, 27 de noviembre, 17:00 h (Salón Actos, CC. Educación)

### **La Terapia Dialéctico-Comportamental en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: Un estudio de caso**

Azucena García-Palacios, Reyes Moliner, María Vicenta Navarro y Cristina Botella

(Universitat Jaume I de Castellón y Centro Clínico PREVI)

Viernes, 28 de noviembre, 10:00 h (Salón Actos, CC. Educación)



## **Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno de pánico**

Raquel Remesal

(H. Juan Ramón Jiménez, Huelva)

Sábado, 29 de noviembre, 10:00 h (Aula 10.6, Humanidades)

## **SESIONES DE COMUNICACIONES**

### **Retos actuales en psicología de la salud**

Coord: Alma Martínez

(Servicio Andaluz de Salud)

Jueves, 27 de noviembre, 11:30 h (Salón de Grados, CC. Educación)

1. *Evaluación del impacto de un programa motivacional breve para la moderación del consumo de alcohol en formato grupal e individual en estudiantes universitarios*

Gantiva Díaz, C.A.

Universidad de San Buenaventura, Bogotá (Colombia)

2. *Búsqueda de Sensaciones y Consumo de Alcohol en Adolescentes Mexicanos*

Palacios Delgado, J.R.

Universidad Nacional Autónoma de México (México)

3. *Relación entre trastornos del comportamiento alimentario y diabetes*

Alvarez Arroyo, S., López De Vinuesa, B.

Equipo de Salud Mental de Llerena (Badajoz)

4. *Valoración psicológica de pacientes para el implante de sistemas de neuroestimulación*

Merayo Alonso, L.A., López-Millán Infantes, J. M.

Unidad del Dolor, Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

5. *Descripción de características clínicas e indicadores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia*

Merayo Alonso, L.A., Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Sevilla



6. **Sintomatología de Estrés Postraumático en Pacientes con Cáncer**

Costa Requena, G.<sup>1</sup>; Ballester Arnal, R.<sup>2</sup>; Gil Moncayo, F.L.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Psiquiatría. Hospital de Mataró (Barcelona)

<sup>2</sup> Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universidad Jaume I (Castellón)

<sup>3</sup> Unidad de Psico-Oncología. Hospital Duran i Reynals (Barcelona)

**Intervenciones clínicas en problemas de salud**

Coordinadora: Conxa Perpiña

(Universidad de Valencia)

Jueves, 27 de noviembre, 17:00 h (Salón de Grados, CC. Educación)

1. *Efectividad de un programa psicoeducativo para la reducción del estrés emocional en personas con fibromialgia*

Merayo Alonso, L.A., Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Sevilla

2. *Diagnóstico multiaxial en pacientes dependientes de sustancias*

Fernández, F., Gutiérrez, P, Tena, M., Arévalo, A., Vergara, E.

Fundación Andaluza para la Atención e Incorporación Social (FADAIS)

3. *Evaluación diagnóstica sobre el conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino: un estudio cualitativo*

Lameiras Fernández, M., Carrera Fernández, M.V., Ricoy Lorenzo, C.,

Failde Garrido, J.M., Núñez Mangana, A.

Universidad de Vigo

4. *Evaluación de un programa de promoción de uso del preservativo femenino con un enfoque cualitativo*

Lameiras Fernández, M., Carrera Fernández, M.V., Ricoy Lorenzo, C.,

Failde Garrido, J.M., Núñez Mangana, A.

Universidad de Vigo

5. *Intervención psicológica en pacientes con ansiedad y depresión, evaluados a través del Test de Goldberg (EADAC) que ingresan a rehabilitación cardiaca del Hospital Universitario de Caracas*

Parada, M. I.,

Universidad Central de Venezuela, Caracas (Venezuela)



*6. Intervención psicológica en un paciente con Esclerosis Lateral Amiotrófica avanzada del Hospital Juárez de México*

Landa Ramírez, E.

Universidad Nacional Autónoma de México, (México)

**Estudios sobre psicopatología infantil**

Coordinadora: Concha López Soler

(Universidad de Murcia)

Jueves, 27 de noviembre, 19:00 h (Salón de Grados, CC. Educación)

*1. Prevalencia, sintomatología y distribución del Trastorno Desafiante Oposicional en el Campo de Gibraltar (Cádiz)*

Emberley Moreno, E.<sup>1</sup>, Peregrina del Río, M<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Centro del Profesorado Campo de Gibraltar, Junta de Andalucía

<sup>2</sup> Universidad de Málaga

*2. Una experiencia de intervención terapéutica en un centro educativo: IES cerro de los infantes*

Maraver Gil, J., Gómez Becerra, I., Martín García, M.J., Molinero Roldán, J.M., Belda Grinley, C.

Fundación Márgenes y Vínculos

*3. Maltrato escolar entre iguales desde la perspectiva de la víctima, el agresor y el espectador*

Carrera Fernández, M.V., Lameiras Fernández, M.

Universidad de Vigo

*4. Estudio sobre Alteraciones Psicológicas en Población Infantil Maltratada y derivada a un Servicio Municipal de Menores*

Hódar Pérez, J.C.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I.<sup>2</sup>, Belda Grindley, C.<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Equipo Tratamiento Familiar, Ayuntamiento Motril (Granada)

<sup>2</sup> Universidad de Almería

<sup>3</sup> Universidad de Almería

*5. Análisis diferencial de la toma de perspectiva y la teoría de la mente en niños con autismo, retraso mental y sin diagnóstico*

Gómez Becerra, I.<sup>1</sup>, Martín García, M.J.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Universidad de Almería

<sup>2</sup> Fundación Márgenes y Vínculos



*6. Perfiles individuales y factores sociales y familiares de menores con trastornos de conducta*

Belda Grindley, C., Gómez Becerra, I.  
Universidad de Almería

*7. Alteraciones internalizantes y externalizantes en menores maltratados*

López-Soler, C., Prieto, M., Alcántara, M., Castro M., López-Pina, J.A., Puerto., J.C.  
Universidad de Murcia

**Nuevas aportaciones en psicopatología**

Coordinadora: Begoña Olabarria  
(Ayuntamiento de Madrid)

Viernes, 28 de noviembre, 10:00 h (Salón de Grados, CC. Educación)

*1. Estrés psicosocial, psicopatología y salud en inmigrantes*

Leal Leal, C.M.  
Universidad Nacional de Educación a Distancia

*2. Características de ludopatía en una muestra de estudiantes de la UMU*

Jiménez Tallón, M<sup>a</sup> A., Montero Jiménez, M.  
Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Murcia

*3. Dismorfia muscular: un problema de futuro con un presente en desarrollo*

Arbinaga Ibarzábal, F.  
Universidad de Huelva

*4. Pensamientos Intrusos análogos a obsesiones (PIO): ¿Se obtienen los mismos datos con autoinforme y con entrevista?*

López Vilaplana, N.<sup>1</sup>, Belloch, A.<sup>2</sup>, Ciscar, S.<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Centro de rehabilitación de enfermos mentales crónicos de Paterna, Agencia Valenciana de Salud

<sup>2</sup> Universidad de Valencia

<sup>3</sup> USM Burjassot, Agencia Valenciana de Salud



5. *Diferencias en pensamientos intrusos alimentarios entre población con y sin riesgo de padecer un trastorno alimentario*  
Roncero, M.<sup>1</sup>, Perpiñá, C.<sup>1 2</sup>, Belloch, A<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Valencia  
<sup>2</sup> CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto Salud Carlos III
6. *Traducción y adaptación al Holandés de un tratamiento vía Internet para el miedo a hablar en público*  
Gallego, M.J., Emmelkamp, P.M.G., van der Kooij, M., Mees, H.  
University of Amsterdam, (Amsterdam)
7. *Modelos Estructurales. Factores de Riesgo en el desarrollo de conductas bulímicas*  
Gómez-Peresmitré, G., Pineda García, G., Rodríguez de Elías, R., Oviedo Camacho, L.  
Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, (México)

### **Psicopatología y estudios sobre procesos psicológicos**

Coordinadora: Monserrat Andrés

(Universidad de Huelva)

Viernes, 28 de noviembre, 10:00 h (Aula 6.2, CC. Educación)

1. *Emergencia del humor: un estudio de los elementos verbales implicados*  
Molinero Roldán, J.M.  
Centro LeBlanc y Mayo
2. *Pensamiento repetitivo (no) constructivo: diferencias en metacognición y (dis)regulación emocional*  
Gómez Baya, D.J.  
Universidad de Huelva
3. *Usos elucidatorios de la teoría del apego*  
Biurrun, J., Yarnoz, S., Plazaola, M., Comino, P.  
Universidad del País Vasco (UPV/EHU)



4. *El proceso de conceptualización de la locura como mal infinito. El caso de la guerra*

Biurrun, J., Yarnoz, S., Plazaola, M., Comino, P., Guerra, J.  
Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, San Sebastián,  
(Guipúzcoa)

5. *Depresión y discurso social*

Gordo Sánchez, J.  
Universidad de Huelva

**Avances en terapias psicológicas**

Coordinadora: M. Ángeles Pérez  
(Universidad de Sevilla)

Viernes, 28 de noviembre, 12:00 h (Salón de Grados, CC. Educación)

1. *Tratamiento de estrés postraumático: el papel del aprendizaje emocional*

Dongil Collado, E.  
Clínica Privada, (Valencia)

2. *Intervención en un caso de violencia familiar y entre iguales*

Martín García, M.J.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I.<sup>2</sup>, Maraver Gil, J.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Fundación Márgenes y Vínculos, (Granada y Sevilla)

<sup>2</sup> Universidad de Almería

3. *Terapia de Aceptación y Compromiso en personas con discapacidad intelectual: Un estudio de caso*

Lirola Viñolo, M.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I.<sup>2</sup>, Hernández López, M.<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Complejo de Atención Integral de personas con discapacidad intelectual “Las Peñicas” (APAFA) Almería

<sup>2</sup> Universidad de Almería

<sup>3</sup> Universidad de Jaén

4. *Clarificación de valores desde la Terapia de Aceptación y Compromiso en una familia en riesgo de exclusión social*

Martínez Martín, M.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I.<sup>2</sup>, Hódar Pérez, J.C.<sup>3</sup>, Hernández López, M.<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Centro de Atención Infantil Temprana Asprodesa (FEAPS ANDALUCIA)

<sup>2</sup> Universidad de Almería



<sup>3</sup>Equipo de Tratamiento Familiar en Servicios Sociales (Ayuntamiento de Motril)

<sup>4</sup>Universidad de Jaén

5. *Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso al tratamiento de un caso de abusos sexuales*

Molinero Roldán, J.M.

Centro LeBlanc y Mayo

6. *Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso al tratamiento de un trastorno de amnesia disociativa*

Molinero Roldán, J.M.

Centro LeBlanc y Mayo

7. *Análisis de las barreras Psicológicas en familias de niños y adolescentes con diabetes. Mejora a través de talleres centrados la aceptación y clarificación de valores*

Gómez Becerra, I., Yagüe López, L.M.

Universidad de Almería

### **Infancia, familia y estilos educativos**

Coordinador: Miguel Ángel Santed

(Universidad Nacional de Educación a Distancia)

Viernes, 28 de noviembre, 17:00 h (Salón de Grados, CC. Educación)

1. *Bienestar psicológico en una muestra de progenitores divorciados: el papel del estilo de apego, la dependencia y la iniciativa en la adaptación al divorcio*

Yárnoz, S., Biurrun, J., Comino, P., Plazaola, M.

Universidad del País Vasco

2. *Acuerdo parental y ajuste emocional en la infancia y adolescencia*

Rodríguez Serrano, M.A., Del Barrio Gándara, V., Carrasco Ortiz, M.A.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico, Facultad de Psicología, (UNED)

3. *Cambios en los estilos de crianza parentales relacionados con las manifestaciones agresivas y depresivas de los hijos*

Rodríguez Serrano, M.A., Del Barrio Gándara, V., Carrasco Ortiz, M.A.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico, Facultad de Psicología, (UNED)



4. *Psicopatología en adolescentes y su relación con el estilo educativo de los padres*  
Montero Jiménez, M; Jiménez Tallón, M<sup>a</sup> A.  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico, Universidad de Murcia
  
5. *Los problemas en la infancia y el papel de los estilos educativos de los padres*  
Gómez Becerra, I.<sup>1</sup>, Hernández López, M.<sup>2</sup>, Martín García, M.J.<sup>3</sup>, González, C<sup>4</sup>.  
<sup>1</sup> Universidad de Almería  
<sup>2</sup> Universidad de Jaén  
<sup>3</sup> Fundación Márgenes y Vínculos (Granada).
  
6. *Análisis de valores en familias de riesgo y aplicación de la terapia de Aceptación y Compromiso en problemas de relación familiar y maltrato infantil*  
Hódar Pérez, J.C.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup> Equipo Tratamiento Familiar - Centro Servicios Sociales Ayuntamiento Motril (Granada)  
<sup>2</sup> Universidad de Almería

## SESIONES DE PÓSTERES

### Psicopatología y psicología clínica en la edad adulta

Coordinadora: Pilar Martínez  
(Universidad de Granada).

Jueves, 27 de noviembre, 9:00 h (Vestíbulo Humanidades)

1. *Intervención en un trastorno de ansiedad generalizada*  
Alvarez Arroyo S., Oviedo De Lucas O.  
ESM de Llerena (Badajoz)
  
2. *Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual protocolizado en formato grupal*  
Machado A., Pérez Portas L., Díaz-Sibaja MA., Peris- Mencheta L.  
SAS Hospital Punta de Europa (Algeciras)



3. *Adherencia a un tratamiento cognitivo conductual protocolizado en formato grupal*  
Pérez Portas, L., Machado A., Trujillo A.  
SAS Hospital Punta de Europa (Algeciras)
4. *Validación del Cuestionario de Autoeficacia al Intervenir en Público en población general*  
Gallego M<sup>a</sup> J.<sup>1</sup>, Botella, C.<sup>2 4</sup>, García-Palacios, A.<sup>2 4</sup>, Quero, S.<sup>2 4</sup>, Baños, R.M.<sup>3 4</sup>  
<sup>1</sup> University of Amsterdam  
<sup>2</sup> Universitat Jaume I  
<sup>3</sup> Universidad de Valencia  
<sup>4</sup> CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CB06/03), Instituto de Salud Carlos III
5. *Propiedades psicométricas de la versión Española abreviada del “Cuestionario de Confianza para Hablar en Público” (Personal Report of Confidence as Speaker) en población clínica*  
Gallego, M.J.<sup>1</sup>, Botella, C.<sup>2 4</sup>, García-Palacios, A.<sup>2 4</sup>, Quero, S., Baños, R.M.<sup>3 4</sup>  
<sup>1</sup> University of Amsterdam, Universitat Jaume I  
<sup>2</sup> Universidad de Valencia  
<sup>3</sup> CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CB06/03)  
<sup>4</sup> Instituto de Salud Carlos III
6. *Eficacia de la tensión aplicada en el tratamiento de la fobia a la sangre*  
Borda Mas, M.<sup>1</sup>, López Jiménez, A. M.<sup>2</sup>, Pérez San Gregorio, M. A.<sup>1</sup>, Avargues Navarro, M. L.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos  
<sup>2</sup> Departamento de Psicología Experimental, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla
7. *Impulsividad y Búsqueda de Sensaciones: Factores Asociados a la Anorexia y Bulimia Nerviosas*  
Castro Zamudio, S.<sup>1</sup>, Castro Barea, J.<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga, <sup>2</sup>Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, distrito Sanitario Málaga



8. *Evaluación de ansiedad y depresión en pacientes mexicanos con dolor crónico*

Villa George, F. I., Vázquez Pineda, F.

Universidad Nacional Autónoma de México (México)

9. *Creencias comunes sobre depresión en población general*

Nogueira Cruz, J.<sup>1</sup>, Montoro Adrover, L.<sup>2</sup>, Godoy García, J.F.<sup>3 4</sup>, Godoy Izquierdo, D<sup>3 4</sup>.

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Univ. Granada

<sup>2</sup> Clínica Rotger. Palma de Mallorca

<sup>3</sup> Depto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología, Univ. Granada

<sup>4</sup> Grupo de Investigación CTS-0267. Facultad de Psicología, Univ. Granada

10. *Creencias comunes sobre depresión en población general: diferencias debidas al sexo, la edad, el nivel educativo y la experiencia con la enfermedad*

Nogueira Cruz, J.<sup>1</sup>, Montoro Adrover, L.<sup>2</sup>, Godoy García, J.F.<sup>3 4</sup>, Godoy Izquierdo, D<sup>3 4</sup>.

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Granada

<sup>2</sup> Clínica Rotger, Palma de Mallorca

<sup>3</sup> Depto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Granada

<sup>4</sup> Grupo de Investigación CTS-0267, Facultad de Psicología, Universidad de Granada

11. *La suspicacia como un predictor de depresión*

Trujillo A., Peris-Mencheta L., Diaz\_Sibaja M. A., Pérez Portas, L.

SAS Hospital Punta de Europa

12. *Relación entre síntomas psicóticos y estados emocionales negativos en pacientes de larga evolución*

Ayer, Y., Barilero, P., Cabezuelo, E.M., Llamas, M.A., Martín, G., Sancho, C., Nieto, M., Carrasco, O., Navarro, D.

Departamento de Programas, Programa de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Castilla-La Mancha, Fundación socio-sanitaria de Castilla La Mancha para la integración laboral del enfermo mental (FISLEM)



13. *La escala REF de pensamiento referencial como criterio de evolución terapéutica*

Benítez Hernández, M.M., Valdés Díaz, M., Rodríguez Testal, J.F, Senín Calderón, C., Fuentes Márquez, S., Fernández Jiménez, E., Delgado Ríos, P.

Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla

14. *¿Existen diferentes tipos de necesidades en función de la evolución del trastorno psicótico?*

Ochoa, S., Barajas, A., Baños, I., Usall, J., Villalta, V., Dolz, M., Sánchez, B., Cervilla, J., Vilaplana, M., Foix, A., Haro, J.M., Autonell, J. Sant Joan De Déu - Serveis De Salut Mental

15. *Estudio bibliométrico y análisis de contenido de las publicaciones sobre el trastorno por atracción (años 2000/07)*

Coronado Moreno, L., Borda Mas, M.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

16. *Trastornos de personalidad en drogodependientes: evaluación mediante MCMMI-2*

Ballester Arnal, R.<sup>1</sup>, Baquero Escribano, A<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castelló

<sup>2</sup> Centro de Encuentro y Acogida de Castellón

17. *Aplicación de un programa rehabilitador combinando módulos de la ITP con módulos de terapia interpersonal (Yalom). Programa piloto*

Granell, L., Villalta, V., Aparicio, L., de Apraiz, A., Forcén, M., Ochoa, S. Sant Joan de Deu- Servei de Salut Mental (Barcelona)

18. *Estudio del acoso laboral en población atendida en centros de salud mental (C.S.M)*

Castillo, I., Aparicio, S., Ventura, C., Ochoa, S.

Sant Joan de Deu-Servei de Salut Mental (Barcelona)



19. *La importancia de la evaluación de los valores personales en las primeras consultas de salud mental ambulatoria en el trabajo de los psicólogos internos residentes*

Padilla Torres, D., Junyent Freixenet, N., Leal Leturia, I.  
Hospital universitario Vall D'Hebrón

20. *¿Existen diferencias en función de la edad en intrusiones, valoraciones y estrategias de control?*

Jiménez Ros, A.M.<sup>1</sup>, Pascual Orts, L.M.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Universidade do Algarve (Portugal),

<sup>2</sup> Universidad de Huelva

21. *Trastorno Obsesivo Compulsivo*

Gutiérrez Trigo, J.M.

Psicología Diez

22. *El Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark-Beck: un instrumento de cribado para el TOC*

Reina, N.<sup>1</sup>, Belloch, A.<sup>2</sup>, García-Soriano, G.<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Corporació Sanitària Parc Taulí

<sup>2</sup> Universidad de Valencia, Universitat Jaume I

23. *¿Qué variables predicen los pensamientos intrusos de contenido alimentario?*

Roncer, M.<sup>1</sup>, Perpiñá, C.<sup>1 2</sup>, Belloch, A.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Valencia,

<sup>2</sup> CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto Salud Carlos III

24. *El Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos: una nueva herramienta para abordar el tratamiento cognitivo del TOC*

García-Soriano, G.<sup>1</sup>, Reina, N.<sup>2</sup>, Roncero, M.<sup>3</sup>, Belloch, A.<sup>3</sup>, Morillo, C.<sup>4</sup>, Cabedo, E.<sup>5</sup>, Carrió, C.<sup>6</sup>, Perpiñá, C.<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Universidad Jaime I (Castellón)

<sup>2</sup> Corporación Sanitaria Parc Taulí

<sup>3</sup> Universidad de Valencia, Agencia Valenciana de Salud departamento (Valencia)

<sup>4</sup> Centro de Salud Mental de Foios (Valencia)

<sup>5</sup> Centro de Salud Mental de Burjassot (Valencia)



**25. Fiabilidad y validez de dos escalas de rumiación: LARSS y SMRI**

Gómez Baya, D. J.  
Universidad de Huelva

**26. Adaptación a población española de la International Intrusive Thoughts Interview Schedule. Resultados preliminares**

López Vilaplana, N.<sup>1</sup>, Belloch, A.<sup>2</sup>, Ciscar, S.<sup>3</sup>.  
<sup>1</sup> Centro de rehabilitación de enfermos mentales crónicos de Paterna, Agencia Valenciana de Salud  
<sup>2</sup> Universidad de Valencia  
<sup>3</sup> USM Burjassot, Agencia Valenciana de Salud

**27. Reducción del número y días de ingresos en un programa de tratamiento asertivo o comunitario**

López Santiago, J.  
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

**28. Diferencias y similitudes clínicas entre el trastorno de somatización y el trastorno hipocondríaco**

López Santiago, J.<sup>1</sup>, Belloch, A.<sup>2</sup>, Colomer, I.<sup>1</sup>, Gómez García, M.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup> Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (SESCAM)  
<sup>2</sup> Universidad de Valencia.

**Psicopatología y psicología clínica en la infancia y adolescencia**

Coord.: Rosa M. Valiente  
(UNED)

Viernes, 28 de noviembre, 9:00 h (Vestíbulo Humanidades)

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, a partir de las 9:00 h.

Vestíbulo Facultad de Humidades

**1. Breve historia del TDAH en la Salud Mental Infanto -Juvenil: 1996-2008**

Gabari Ledesma, J. M., Chinchilla Rodríguez, A., Martínez de Salazar Arboleas, A. D.  
Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil, Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería)



2. *¿Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en preescolares?*  
Alvarez Arroyo S., de Sande Díaz F., Pino Calderón F.  
Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz
3. *Presencia del trastorno bipolar en la etapa infanto-juvenil*  
Sánchez Sánchez, M.C., Martínez de Salazar Arboles, A., Ibáñez Salmerón, J.C.  
Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Almería, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud (Almería)
4. *Características de la evaluación de una muestra de escolares, hijos de padres separados*  
Jiménez Tallón, M<sup>a</sup> A., Montero Jiménez, M., Perea Pérez, M<sup>a</sup> C.  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico, Universidad de Murcia
5. *Los maestros como modelos en el desarrollo de la imagen corporal: variables implicadas en la satisfacción*  
Gil, M.D.<sup>1</sup>, Ballester, R<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup> Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universitat de València. Estudi General  
<sup>2</sup> Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I de Castelló.
6. *Percepción Parental del Efecto Psicológico de la Más Baja Talla en Niños*  
Andújar-Barroso, R., Revuelta-Pérez, F., Torres-Peréira, J., Vélez-Morón, A.  
Universidad de Huelva
7. *Personalidad y Actitud hacia la Muerte en Jóvenes Adultos*  
Andújar-Barroso, R. T., Revuelta-Pérez, F., López-Lechuga, R., Medero-Irizaro, P.  
Universidad de Huelva
8. *Características de los menores observadores de violencia de género*  
Minguillón Meléndez, A.<sup>1</sup>, Chorot, P.<sup>2</sup>, Sandín, B.<sup>2</sup>, Valiente, R. M.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Centro de la Mujer Almenara (Castilla-La Mancha)  
<sup>2</sup> UNED (Madrid)



9. *Relación entre higiene de sueño y calidad del sueño en adolescentes.*

Sierra, J.C.<sup>1</sup>, Vallejo-Medina, P.<sup>1</sup>, Martín, M.C.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Universidad de Granada

<sup>2</sup> Asociación Española de Psicología Conductual

10. *Recuerdos de la Infancia, Perfeccionismo y Vinculación con el Adulto.*

Carmo, C., Alves, D.

Universidade do Algarve, (Portugal)

11. *Bullying y Personalidad*

Domínguez Florentín, R., Pazos Gómez M., Vélez Fuentes, N.

Universidad de Huelva

### Psicología de la salud

Coordinadora: Zaira Morales

(Universidad de Huelva)

Sábado, 28 de noviembre, 9:00 h (Vestíbulo Humanidades)

Sábado, 29 de Noviembre de 2008, a partir de las 9:00 h (Vestíbulo Facultad de Humadades)

1. *Esquizotipia y consumo de tabaco y alcohol*

Aguilera, A.<sup>2</sup>, Álvarez, E.<sup>1</sup>, Torres, M<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Universidad de Barcelona

<sup>2</sup> Universidad Oberta de Catalunya

2. *Consumo de Tabaco: Factor Asociado a la Anorexia y Bulimia Nerviosas*

Castro Barea, J.<sup>1</sup>, Castro Zamudio, S<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, Distrito Sanitario de Málaga

<sup>2</sup> Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga

3. *Evaluación de los constructos del Modelo Transteórico del Cambio y de otras variables psicológicas y de salud en las distintas etapas del modelo*

Morales, Z.E., Pascual, L.M., Torrico, E.

Departamento de Psicología clínica, experimental y social, Universidad de Huelva



4. *Evaluación de los sesgos atencionales en fumadores a través de la tarea de detección del punto*  
Morales, Z.E., Pascual, L.M., Carmona, J.  
Departamento de Psicología clínica, experimental y social, Universidad de Huelva
5. *¿Qué aportan los diferentes sistemas de clasificación de fumadores? Comparación entre el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente y la clasificación de la Organización Mundial de la Salud*  
Morales, Z.E., Pascual, L.M., Carmona, J.  
Departamento de Psicología clínica, experimental y social, Universidad de Huelva
6. *Variables organizacionales y su repercusión laboral*  
Pollán Rufo, M., Gabari Gambarte, I.  
Universidad Pública de Navarra
7. *Impacto de los trastornos del estado de ánimo en la calidad de vida*  
Peris-Mencheta, L., Díaz Sibaja, M. A., Trujillo A., Machado, A.  
SAS Hospital Punta de Europa
8. *El estrés laboral y síndrome de Burnot en el personal de Universidad: Validación de un modelo estructural sobre el efecto mediador de la competencia personal percibida*  
Avargues Navarro, M. L.<sup>1</sup>, Borda Mas, M.<sup>1</sup>, López Jiménez, A. M.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos  
<sup>2</sup> Departamento de Psicología Experimental, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla
9. *Estudio descriptivo de la Inteligencia Emocional, el Burnout, el Engagement y la satisfacción con la relación con los iguales en una muestra de estudiantes universitarios*  
Villalba Ruiz, E. B., Garrido Muñoz de Arenillas, M. R., Fernández Borrero, M. A., Pérez Moreno, P. J.  
Universidad de Huelva
10. *El género y la Inteligencia Emocional, el Burnout y el Engagement en una muestra de estudiantes universitarios*  
Fernández Borrero, M. A., Villalba Ruiz, E. B., Garrido Muñoz de Arenillas, M. R., Pérez Moreno, P. J.  
Universidad de Huelva



11. *Relación entre la Satisfacción con la Vida y la Inteligencia Emocional en estudiantes universitarios*  
Garrido Muñoz de Arenillas, M. R., Villalba Ruiz, E. B., Fernández Borrero, M. A., Pérez Moreno, P. J.  
Universidad de Huelva
12. *Validez factorial de un cuestionario de expectativas laborales (CEL) en una muestra mexicana de profesionales de la salud*  
Villa George, F. I.<sup>1</sup>, Moreno Jiménez, B.<sup>1</sup>, Villalpando Uribe, J.<sup>2</sup>, Villamil Delgado, S.<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Madrid  
<sup>2</sup> Servicios de Salud Pública del Estado de Puebla-México (México)
13. *Intervención conductual en paciente diagnosticado de narcolepsia*  
Oviedo de Lucas, O.<sup>1</sup>, Álvarez Arroyo, S.<sup>2</sup>, Martín Recuero, L.<sup>1</sup>, Manzano Alonso, J.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup> Equipo de Salud Mental de Naval Moral de la Mata (Cáceres)  
<sup>2</sup> Equipo de Salud Mental de Llerena (Badajoz)
14. *Valoración de la salud (SF-36) en pacientes candidatos a terapias implantables: diferencias en función de las actitudes sobre la salud*  
Merayo Alonso, L.A., López-Millán Infantes, J. M  
Unidad Integral de Estudio y Tratamiento del Dolor, Departamento de Anestesiología-Reanimación y Terapia del Dolor, Área Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla
15. *¿En qué piensa el paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos?*  
Ballester, R.<sup>1</sup>, Abizanda, R.<sup>2</sup>, Gil, B.<sup>1</sup>, Edo, M.T.<sup>1</sup>, Bernat, A.<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup> Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castelló  
<sup>2</sup> Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Castelló
16. *Variables de personalidad relacionadas con la conducta de comer emocional en mujeres obesas*  
Perpiñá, C.<sup>1 2</sup>, Roca, P.<sup>1</sup>, Roncero, M.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Valencia  
<sup>2</sup> CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN) Instituto Salud Carlos III



17. *Conducta de enfermedad y conciencia corporal en pacientes con fibromialgia: un estudio preliminar*  
Ruiz, E., Ballester, R.  
Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología (Universitat Jaume I, Castelló)
18. *Percepción subjetiva de la calidad asistencial en una Unidad de Cuidados Intensivos. Análisis diferencial desde una doble perspectiva: pacientes y familiares*  
Ballester, R.<sup>1</sup>, Gil, B.<sup>1</sup>, Abizanda, R.<sup>2</sup>, Edo, M.T.<sup>1</sup>, Bernat, A.<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castelló  
<sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Castelló
19. *Transexualidad y Psicopatología*  
Rodríguez Molina, J.M., Asenjo N., Becerra, A., Lucio, M. J.  
Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología
20. *Relación entre consumo de drogas y funcionamiento sexual*  
Pablo Vallejo-Medina, Miguel García-Pérez, Juan Carlos Sierra  
Universidad de Granada
21. *¿Quiénes cambian más ante nuestras intervenciones preventivas en VIH-Sida, los hombres o las mujeres?*  
Giménez, C.<sup>1</sup>, Ballester, R.<sup>1</sup>, Gil, M.D.<sup>2</sup>, Ruiz, E.<sup>1</sup>, Cassà, C.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I (Castellón)  
<sup>2</sup>Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia
22. *Fiabilidad y validez del Test del Deseo Sexual Inhibido*  
Vallejo-Medina, P.<sup>1</sup>, Sierra, J.C.<sup>1</sup>, Marín Bueno, A.<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Universidad de Granada  
<sup>2</sup>Asociación Española de Psicología Conductual



23. *El cuestionario de búsqueda de sensaciones sexuales: adaptación y validación en una muestra española*  
Ballester, R.<sup>1</sup>, Gil, M.D.<sup>2</sup>, Ruiz, E.<sup>1</sup>, Giménez, C.<sup>1</sup>, Gómez, S.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup> Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I (Castellón)  
<sup>2</sup> Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia
24. *Estudio sobre el concepto de sexualidad en los encargados de formar a las/os chicas y chicos: Familia y profesorado*  
García Rojas, A.D.  
Universidad de Huelva
25. *Investigación sobre adolescencia y sexualidad*  
García Rojas, A.D.  
Universidad de Huelva
26. *La sexualidad (negada) en las personas con discapacidad psíquica*  
García Rojas, A.D.  
Universidad de Huelva
27. *¿Existe relación entre las dimensiones de personalidad, la percepción de riesgo frente al VIH y las creencias asociadas al uso del preservativo?*  
Ballester, R.<sup>1</sup>, Gil, M.D.<sup>2</sup>, Ruiz, E.<sup>1</sup>, Giménez, C.<sup>1</sup>, Gómez, S.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup> Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología (Universitat Jaume I, Castellón)  
<sup>2</sup> Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Univ. de València. Estudi General
28. *Calidad de sueño en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*  
Martínez, P., De la Torre, A. y Miró, E.  
Facultad de Psicología. Universidad de Granada
29. *Función ejecutiva en pacientes con fibromialgia*  
Hita, E., Miró, E., Lupiáñez, J., Martínez, P. y Sánchez, A.I.  
Facultad de Psicología. Universidad de Granada
30. *Relación entre la conducta de consumo y los rasgos de personalidad*  
Gracia Rodríguez, M.R., Rodríguez Martínez, S.  
Universidad de Huelva

# CONFERENCIAS

---







## Aportaciones al tema de la muerte desde la psicología clínica

Dra. Mercedes Borda

Universidad de Sevilla, España

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 09:30 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

A lo largo de la historia se ha abordado el estudio de la muerte desde múltiples disciplinas. Reflexiones de la dimensión cultural, religiosa, antropológica, ética y/o médica, entre otras, acerca del morir, el sufrimiento, el más allá o el sentido de la vida son algunas de las cuestiones que los expertos en diferentes especialidades han venido aportando al estudio de la tanatología.

Desde la psicología, también se ha hecho un acercamiento al mundo del morir humano. Diferentes autores han dedicado su obra a transmitir conocimiento sobre qué hacer ante el proceso de morir, afrontar el sufrimiento, la agonía y el duelo, la asistencia a enfermos terminales y sus familiares, etc. En este sentido, las primeras publicaciones relevantes sobre el tema como la cita de Choron (1974) distingue tres tipos de miedo a la muerte: a) temor a lo desconocido: *¿qué sucede después de la muerte?*, b) miedo al proceso de morir, y c) miedo a “dejar de ser”. Por otra parte, Beg & Zilli (1982) destacan que la ansiedad ante la muerte puede estar relacionada con: a) el proceso de morir, b) el hecho de la muerte, y c) las consecuencias de la muerte.

Desde el punto de la psicología clínica, el miedo/ansiedad ante la muerte es una experiencia humana común y desagradable compartida por un número considerable de personas. Durante las últimas décadas del siglo XX se han publicado un número importante de trabajos acerca de diferentes aspectos relacionados con la ansiedad ante la muerte. No obstante, a pesar del esfuerzo realizado, del progreso alcanzado y de los resultados obtenidos, existe una pregunta pendiente de respuesta: *¿por qué tenemos miedo a la muerte?*. De hecho, en 1988, Neimeyer formula la pregunta *¿qué tememos cuando tenemos miedo a la muerte?* o como señala Karasu (1985): “El hecho de la muerte es una cosa; su significado es absolutamente otro”.

A partir de las diversas investigaciones analizadas, la conclusión que se extrae es que, en base a los diferentes significados de la muerte y a la variedad de factores que la componen, para afrontar *el miedo la muerte y el miedo al contexto relacionado con muertos* se requiere, por un lado, de



una comprensión exhaustiva de la tanatofobia y la necrofobia, así como de una medida de evaluación que contemple los aspectos más relevantes que dan lugar a la aparición de síntomas de ansiedad y síntomas depresivos presentes en este miedo: lugares, acontecimientos, pensamientos, creencias, etc., superando con ello las deficiencias de los actuales instrumentos de evaluación centrados casi exclusivamente en las actitudes ante la muerte. Por otro lado, un tratamiento psicológico eficaz y eficiente para afrontar de un modo adaptativo tanto el proceso de la muerte como el hecho concreto del fallecimiento y el contexto relacionado con muertos. Tras una revisión exhaustiva de la bibliografía, se observa la carencia de estudios de eficacia de tratamientos psicológicos en muestras clínicas afectadas con tanatofobia y/o necrofobia.

Beg, M.A. & Zilli, A.S. (1982). A study of the relationship of death anxiety and religious faith to age differentials. *Psychologia*, 25, 121-125.

Choron, J. (1974). *Death and modern man*. New York: Macmillan.

Karasu, T.B. (1985). Idea of death. *Integrative Psychiatry*, 3, 280-283.

Neimeyer, R.A. (1988). Death anxiety. In H. Wass, R. Berardo & R.A. Neimeyer (Eds.), *Dying: Facing the facts* (2<sup>nd</sup> ed.: pp. 97-136).

### **Cognitive models and cognitive behavioural therapy for psychosis - current status and future directions.**

#### **(Modelos cognitivos y terapia cognitivo-conductual para la psicosis - estado actual y direcciones futuras)**

Dra. Philippa Garety

Professor of Clinical Psychology

Institute of Psychiatry, King's College, London (UK)

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 10:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

Psychosis is a complex disorder resulting from multiple interacting causes. Cognitive models of the positive symptoms of psychosis, which have been developed over the past two decades, specify the cognitive, emotional and social processes held to contribute to the occurrence and persistence of these symptoms. Recently, the predictions of cognitive models have been systematically tested in many empirical studies. In this address, a cognitive



model of psychosis will be presented (Garety et al, 2001; 2007) and recent research findings testing some of its key predictions will be described. This includes research into reasoning biases, negative beliefs about self and others, anxiety-related processes, and the social environment. At the same time as cognitive models of psychosis were being specified and investigated, cognitive behavioural therapy (CBT) approaches were first being applied to psychosis. Initially, in the 1990s, this focussed on helping with the reduction of distressing psychotic symptoms. More recently, CBT for psychosis has been broadened to encompass also work with emotional problems and social functioning. The current status of the evidence for CBT for psychosis, for different target problems and for different populations, will be reviewed. The implications of these recent findings for refining cognitive behavioural therapy for psychosis will be considered, and potential new treatment developments will be outlined.

*La psicosis es un trastorno complejo que surge de múltiples causas interactivas. Modelos cognitivos de los síntomas positivos de la psicosis, los cuales han sido desarrollados a lo largo de las dos últimas décadas, especifican los procesos cognitivos, emocionales y sociales que se entiende que contribuyen a la ocurrencia y persistencia de estos síntomas. Recientemente, las predicciones de los modelos cognitivos han sido comprobadas sistemáticamente en diversos estudios empíricos. En esta conferencia, se presentará un modelo cognitivo de la psicosis (Garety et al, 2001; 2007) junto con unos resultados de estudios recientes para comprobar algunas de sus predicciones claves. Esto incluye investigación sobre sesgos de razonamiento, creencias negativas sobre uno mismo y otros, procesos relacionados con la ansiedad, y el entorno social. A la vez que se especificaban e investigaban modelos cognitivos de psicosis, se empezaba a aplicar la terapia cognitivo-conductual (CBT) a la psicosis. Al principio, en los años noventa, esto se centraba en contribuir a reducir los síntomas psicóticos de la ansiedad. Más recientemente, se ha extendido la CBT para la psicosis, englobando también el trabajo con problemas emocionales y funcionamiento social. Se repasará el estado actual de la evidencia de CBT para psicosis, hacia distintos objetivos y diferentes poblaciones. Se analizarán las implicaciones de estos últimos resultados para refinar la terapia cognitivo-conductual para la psicosis, y se delimitará la evolución de posibles nuevos tratamientos.*



## **Estrés laboral: conciliación la familia y el trabajo**

Dr. Francisco Ramos

Universidad de Salamanca, España

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 16:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

Se dice que los romanos dividían el día en tres partes: Una parte (8 horas) para trabajar, otra (8 horas) para la vida personal y familiar y otra (8 horas) para dormir. Se dice que este tipo de organización favorecía una vida armoniosa y equilibrada a nivel personal, familiar y social. Hoy día, en cambio, en una sociedad tecnológicamente avanzada como la nuestra se puede decir que el hombre durante buena parte de su vida vive para trabajar, por eso el trabajo se ha convertido es la fuente principal de estrés para las personas. Esta situación es especialmente grave para los que tienen que conciliar trabajo y familia. Dado que las empresas necesitan ser competitivas no siempre favorecen que sus trabajadores puedan armonizar sus necesidades personales y familiares con las exigencias laborales. La situación afecta en mayor medida a las mujeres que a los varones, y tiene el peor pronóstico entre las madres trabajadoras de la empresa privada. En muchas de estas empresas se ponen muchas trabas a las mujeres cuando se quedan embarazadas, incluso el acoso laboral a las mujeres embarazadas es común en todas las escalas profesionales. El alto coste de una verdadera conciliación favorece las represalias contra las madres trabajadoras. No obstante hay empresas que para retener a sus trabajadores están implantando medidas de conciliación reales y adaptadas al sector y al puesto que desempeña el trabajador (p.e. horario flexible, trabajar media jornada, teletrabajo). Además existe el Certificado EFR (Empresa Familiarmente Responsable) que reconoce a las empresas que adoptan realmente estas medidas. No cabe duda que, debido a aspectos sociales, culturales y tecnológicos, en los próximos años las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar experimentarán un gran desarrollo.



## **How Evidence-Based is Cognitive Therapy? (¿Hasta qué punto la Terapia Cognitiva está basada en la evidencia?)**

Dr. Paul Emmelkamp

Department of Clinical Psychology, University of Amsterdam

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, 09:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

Proponents of cognitive therapy claim that this approach is evidence-based. Indeed, there is evidence that cognitive therapy is effective for a variety of disorders (e.g. anxiety disorders and depression), but is cognitive therapy indeed more effective than conventional behavioral procedures? Does the addition of cognitive therapy enhance the effects of behavior therapy? And if so, are the effects achieved through a change in the proposed underlying cognitive processes? In this address the state of the art of research in this area will be discussed. It will be argued that the current emphasis on evidence-based treatment may lead to cocktail-based cognitive behavioural interventions without any firm theoretical background.

*Los defensores de la terapia cognitiva argumentan que este planteamiento está basado en la evidencia. De hecho, existe la evidencia de que la terapia cognitiva es eficaz para una variedad de trastornos (p.ej. trastornos de ansiedad y depresión), pero ¿es verdad que la terapia cognitiva es más eficaz que los procedimientos de conducta convencionales? ¿La adición de terapia cognitiva fortalece los efectos de terapia de conducta? Y si lo hace, ¿estos efectos se deben a un cambio en los procesos cognitivos subyacentes propuestos? Esta conferencia analizará el estado del arte de la investigación en este área. Se afirmará que el énfasis actual sobre tratamiento basado en la evidencia puede conducir a intervenciones cognitivo-conductuales basadas en cócteles que carecen de un fundamento teórico firme.*



## **Intensive Applied Behaviour Analysis Intervention for Children with Autism: Evidence Base, and the Translation into Practice (Intervención Intensiva a través del Análisis de Conducta Aplicada a Niños con Autismo: Base de Evidencia, y su Traducción a la Práctica)**

Richard Hastings

Professor of Psychology

School of Psychology, Bangor University, UK

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, 13:30 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

Early intervention to teach skills to children with autism has been recommended by several evidence reviews and in national and international guidance. Perhaps the strongest evidence base exists currently for methods using Applied Behaviour Analysis (ABA) techniques. ABA is a science that continues to develop and is also emerging as a professional practice with its own international accrediting body. In this presentation, I will: (a) evaluate recent evidence for the effectiveness of early and intensive application of ABA for children with autism and their families including our UK-based study the Southampton Childhood Autism Programme (SCAmP), (b) consider the variability in outcome for individual children, with reference to secondary analysis of data for 457 children, and (c) explore the challenges and future research questions associated with refining and delivering ABA-based interventions in practice.

*La intervención temprana para enseñar habilidades a niños con autismo ha sido recomendada por varias revistas de evidencia y por guías nacionales e internacionales. Quizás la base de evidencia más fuerte se encuentra actualmente en métodos que utilizan técnicas de Análisis de Conducta Aplicada (ABA -Applied Behaviour Analysis). ABA es una ciencia al alza y también se está abriendo paso como práctica profesional con su propio organismo de acreditación internacional. En esta presentación: (a) evaluaré los resultados recientes relacionados con la efectividad de la aplicación temprana e intensiva de ABA en niños con autismo y sus familias, incluyendo nuestro estudio nacional en el Reino Unido Southampton Childhood Autism Programme (SCAmP) [Programa sobre autismo en niños realizado en Southampton], (b) analizaré la variabilidad en los resultados para niños individuales, con referencias al análisis de datos de 457 niños, y (c) exploraré los retos y futuras cuestiones de investigación requeridas para refinar y entregar intervenciones basadas en ABA en la práctica.*



## Trastornos obsesivos compulsivos: perspectivas actuales

Dra. Amparo Belloch

Universitat de València, España

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, 16:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

Hace unos años se pensaba que el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) era un trastorno raro, con tasas de prevalencia muy bajas, en general inferiores al 0.1%. Sin embargo, estudios más recientes sitúan la prevalencia global del trastorno entre el 1%- 2%. Su incidencia es ligeramente superior en mujeres, si bien los hombres presentan un inicio más temprano. De hecho, el TOC de inicio en la infancia es más frecuente en los niños que en las niñas. También hay algunas evidencias sobre las diferencias de género en la expresión sintomática, siendo más frecuentes entre las mujeres las obsesiones de contaminación y las compulsiones de limpieza, mientras que entre los hombres son más comunes las obsesiones sexuales. En cuanto a los mecanismos explicativos del trastorno, el enfoque cognitivo es el predominante en los últimos 20 años. Según este modelo, las obsesiones tienen su origen en una modalidad de intrusiones cognitivas, las denominadas "pensamientos intrusos", que son similares a las obsesiones clínicas en todos sus aspectos: carácter intruso, repetitivo, involuntario o no deseado, que molesta o resulta inoportuno, que cuesta "quitar de la mente", que versan sobre temas como la agresión, el orden, la comprobación, la contaminación, o la duda sobre las propias acciones, y que se experimentan como pensamientos, imágenes o impulsos. Sin embargo, a pesar de su normalidad y universalidad, en un porcentaje cercano al 10% de las personas estas intrusiones se convierten en un problema clínico debido a la interpretación catastrofista y disfuncional que la persona realiza sobre su aparición. Estas interpretaciones provocan un grado de malestar tan elevado que la persona se ve impulsada a neutralizarlas para lo cual puede desplegar un amplio abanico de estrategias más o menos ritualizadas que acaban por consolidarse en el repertorio comportamental del individuo. Dada pues la importancia que desde estos modelos se otorga a las creencias y valoraciones disfuncionales sobre las intrusiones cognitivas en su escalada a las obsesiones, una buena parte de la investigación cognitiva de los últimos 10 años se ha dedicado a examinar cuáles son los contenidos de tales creencias y su capacidad explicativa en el desarrollo



y mantenimiento del TOC. En esta intervención nos centraremos en analizar los resultados hasta ahora obtenidos en este ámbito, así como sus limitaciones y los retos que las mismas suponen para el modelo cognitivo del TOC. Asimismo, se prestará una atención especial a las limitaciones que supone la consideración del TOC como un trastorno y/o categoría diagnóstica unitaria en comparación con las ventajas que podría reportar un planteamiento dimensional del TOC.

*Agradecimientos.* Este trabajo forma parte del proyecto de investigación SEJ2006/03893-PSIC (Ministerio de Ciencia y Tecnología; A. Belloch, Investigadora Principal).

**Building new theories and taking action for young peoples health and development: the asset model  
(Construyendo nuevas teorías y actuando por la salud y desarrollo de los jóvenes: el modelo de los activos)**

Dr. Anthony R. Morgan

Associate Director, National Institute for Health and Clinical Excellence, Londres, Inglaterra and Senior Research Fellow, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Sábado, 29 de Noviembre de 2008, 09:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

Historically approaches to the promotion of population health have been based on a deficit model. That is they tend to focus on identifying the problems and needs of populations that require professional resources and high levels of dependence on hospital and welfare services. These deficit models are important and necessary to identify levels of needs and priorities. But they have some drawbacks. Deficit models tend to define communities and individuals in negative terms, disregarding what is positive and works well in particular populations. In contrast assets models tend to accentuate positive capability to identify problems and activate solutions, which promote self esteem of individuals and communities leading to less reliance on professional services.

Much of the evidence available to policy makers to inform decisions about the most effective approaches to promoting health and to tackling health inequalities is based on a deficit model and therefore disproportionately



leads to policies which disempower the populations and communities who are supposed to benefit from them.

This study aims to reverse the trend in science towards a more positive centred asset based approach to understanding the factors that influence health and what can be done about them promoting a positive and an inclusive approach to action. It uses the Health Behaviour in School-aged Children, a cross-national research study conducted in collaboration with the WHO Regional Office for Europe ([www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)) to identify how we can develop new asset based theories for understanding how best to promote the health and wellbeing of young people.

Through an exploration of the links between these assets and health and range of health behaviours, the study sets out a framework for science, policy and practice to promote positive approaches to development and future health potential of young people, particularly those growing up in disadvantaged circumstances. The study draws on a range of existing theories and concepts such as resilience, salutogenesis, social capital and self esteem.

*Históricamente los planteamientos hacia la promoción de salud de la población se han basado en un modelo de déficit. O sea, suelen centrar su atención en identificar los problemas y necesidades de poblaciones que requieren recursos profesionales y altos niveles de dependencia en servicios hospitalarios y de bienestar. Estos modelos de déficit son importantes y necesarios para identificar los niveles de necesidades y prioridades. Pero tienen algunos inconvenientes. Los modelos de déficit tienden a definir las comunidades e individuos en términos negativos, sin tener en cuenta los aspectos positivos que funcionan bien en determinadas poblaciones. En contraste, los modelos de activos tienden a acentuar la capacidad positiva para identificar problemas y activar soluciones y así promocionar la autoestima de los individuos y comunidades conduciendo a una menor dependencia en los servicios profesionales.*

*Gran parte de la información puesta a la disposición de los que adoptan las políticas para asistir en la toma de decisiones sobre los planteamientos más eficaces para promocionar salud y para abordar desigualdades sanitarias está basada en un modelo de déficit y por lo tanto conduce de manera sesgada a políticas que desautorizan las poblaciones y comunidades que deben beneficiarse de ellas.*



*Este estudio propone invertir esta tendencia en la ciencia, para promover en su lugar un planteamiento más positivo y basado en activos para entender los factores que inciden sobre la salud y determinar lo que se puede hacer sobre ellos, promocionando un planteamiento positivo e inclusivo hacia la acción. Utiliza la Health Behaviour in School-aged Children [Conducta respecto a la salud en niños de edad-escolar], un estudio de investigación transnacional llevado a cabo en colaboración con la Oficina Regional para Europa de la OMS ([www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)) para identificar como podemos desarrollar nuevas teorías basadas en activos para entender como promocionar mejor la salud y bienestar de los jóvenes.*

*A través de una exploración de las relaciones entre estos activos y la salud y el espectro de conductas saludables, el estudio despliega un marco para la ciencia, la política y la práctica para promocionar planteamientos positivos hacia el desarrollo y potencial futuro saludable de los jóvenes, sobre todos los que crecen en circunstancias desaventajadas. El estudio trabaja sobre un grupo de teorías y conceptos existentes tales como la resiliencia, salutogenesis, capital social y autoestima.*

## **A psychological model of mental disorder (Un modelo psicológico de trastorno mental)**

Kinderman, P.

Professor of Clinical Psychology

Head of School of Population, Community & Behavioural Sciences

University of Liverpool, England

Sábado, 29 de Noviembre de 2008, 12:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

Psychological models of mental disorder suggest that disruptions or dysfunctions in psychological processes constitute a final common pathway in the development of mental disorder (Kinderman, 2005). Biological abnormalities or physical insults, social factors such as poverty and social deprivation, and circumstantial factors or life events such as childhood sexual, emotional or physical abuse lead to mental disorder when those factors adversely affect psychological processes.

This approach locates mental health care within a social, not medical, framework, and services should be commissioned on the basis of social care



provision and functional outcome as much as on the basis of diagnostic categories, 'treatment' and clinical outcome. Where residential care is necessary, 'hospital' care based on medical principles should be avoided; compulsory mental health care should be used only when a person is unable to make valid decisions about care, and only when necessary to prevent harm.

This approach also implies there should be continued investment in high-quality, evidence-based psychological therapies based on individual case formulations.

Nurses, occupational therapists and social workers should develop increasing competencies in psychosocial interventions. Psychiatry should remain a key profession, with increasing emphasis on the application of medical expertise as it assists a multidisciplinary team in the understanding and treatment of mental disorder.

Psychologists would see their roles develop and strengthen as clinical leaders in psychological therapies and the scientific evidence base for psychological models; and need to be prepared to offer consultation and clinical leadership.

Models explaining distress and disorder in terms of the way various factors impinge on psychological processes tend to emphasise the normality and explicability of individual experiences. This undermines 'them-and-us' attitudes and supports genuine service user involvement as well as community-based services, the 'recovery' approach and is most likely to reduce prejudicial attitudes and discrimination.

*Los modelos psicológicos de trastorno mental indican que las perturbaciones o disfunciones en los procesos psicológicos constituyen un camino común hacia el desarrollo del trastorno mental (Kinderman, 2005). Anormalidades biológicas o insultos físicos, factores sociales tales como la pobreza y privación social, y factores circunstanciales o experiencias vitales tales como abuso sexual, emocional o físico en la niñez conducen a trastorno mental cuando esos factores afectan adversamente a los procesos psicológicos.*

*Este planteamiento sitúa la atención a la salud mental dentro de un marco social, no médico, y los servicios deben ser comisionados sobre la base de la provisión de cuidado social y resultado funcional tanto como sobre la base de las categorías diagnósticas, 'tratamiento' y resultado clínico. Cuando el cuidado residencial es necesario, se debe de evitar el cuidado 'hospitalario'*



*basado en principios médicos; cuidado de salud mental obligatorio sólo deber ser utilizado cuando una persona es incapaz de tomar decisiones válidas sobre su cuidado, o cuando sea necesario para prevenir el daño físico.*

*Este planteamiento también significa que debería haber una inversión sostenida en terapias psicológicas de alta calidad y basadas en evidencia sobre formulaciones de casos individuales.*

*Enfermeras, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales deben aumentar sus competencias en intervenciones psicosociales. La psiquiatría debe seguir siendo una profesión clave, con cada vez más énfasis en la aplicación de experiencia médica asistiendo a un equipo multidisciplinar en la comprensión y tratamiento de trastorno mental.*

*Los psicólogos verían como se desarrolla y afianza su rol como líderes clínicos en terapias psicológicas y la base de evidencia científica para los modelos psicológicos; y tendrían que estar preparados para ofrecer consejo y liderazgo clínico.*

*Los modelos que explican ansiedad y trastorno en términos de la forma en que varios factores invaden los procesos psicológicos tienden a enfatizar la normalidad y capacidad de explicar de experiencias individuales. Esto debilita los posicionamientos de 'ellos y nosotros' y favorece la implicación real del usuario del servicio junto con servicios basados en la comunidad, el planteamiento de 'recuperación' y probablemente produciría una reducción en actitudes de prejuicio y discriminación.*

**SYMPOSIA**

---







## **Estrategias de evaluación y diagnóstico**

Coord. Jose Manuel Rodríguez González (Universidad de Sevilla)

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 13:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

*1. Instrumentos de evaluación en Psicología Forense*

Tifón Nonis, B. N.

Universitat Internacional de Catalunya

*2. Evaluación de programas sociales: Un estudio de caso. (Programas de atención a la infancia y adolescencia)*

Márquez Sánchez, M.O.

Universidad Autónoma de Madrid

*3. Ansiedad y trastornos de ansiedad. Evaluación mediante cuestionarios*

Cano Vindel, A.

Presidente de SEAS, Universidad Complutense de Madrid



## ***1. Instrumentos de evaluación en Psicología Forense***

Tifón Nonis, B. N.

Universitat Internacional de Catalunya

Realizando una revisión teórica y desde el punto de vista de la valoración psicológica/psicopatológica forense, la aplicación de los instrumentos de evaluación deviene una herramienta indispensable a efectos de practicar la prueba pericial.

Desde esta tesitura, la aplicación de los instrumentos de evaluación ha de cubrir una necesidad concreta por el cual es el objeto de estudio, así como, del objeto de litigio. De esta manera, se establece un nexo de conexión entre la evaluación psicopatológica y el motivo de litigio.

Más concretamente, en el ámbito Penal, la evaluación y la aplicación de los instrumentos de evaluación van orientados a medir la personalidad del sujeto; la valoración del grado de impulsividad; la valoración del grado de consumo de sustancias tóxicas; valoración del estatus psíquico o de disfunción psíquica del sujeto en el momento de acontecer el delito o acto comportamental delictógeno/criminógeno que es motivo de debate jurídico-legal.

En el ámbito Civil, la aplicación de los instrumentos de evaluación van orientados a medir la personalidad del sujeto si se trata de litigios orientados (entre otras casuísticas idiográficas) hacia la guardia y custodia de hijo/s o el grado de disfunción psíquica y/o deterioro cognitivo en casos de impugnaciones de testamento.

A lo largo de la exposición oral, se procederá a enumerar los instrumentos de evaluación y distinguirlos según la funcionalidad práctica de dicha aplicación, según lo establecido por la Lex Artis de la disciplina psicológica.

Asimismo, se procederá a ilustrar la raíz de la importancia, en la evaluación forense, haciendo uso de los instrumentos de evaluación psicológica y psicopatológica a efectos de las repercusiones jurídico-legales de los resultados derivados de la aplicación de los mismos.



## ***2. Evaluación de programas sociales: Un estudio de caso. (Programas de atención a la infancia y adolescencia)***

Márquez Sánchez, M.O.

Universidad Autónoma de Madrid

La evaluación de programas es ya una práctica no solo frecuente sino, en la mayoría de los casos, ineludible en los ámbitos social, educativo y de la salud. Esta práctica se ha visto impulsada por el desarrollo de una metodología específica desde las ciencias sociales, por la progresiva evidencia que fue alcanzando la necesidad de separar las decisiones y los criterios de valoración política de otros criterios independientes, por la exigencia de organismos nacionales e internacionales, especialmente las agencias de valoración de políticas públicas, y por la creación y difusión del concepto y la cultura de la calidad, de la mano de organizaciones y modelos de evaluación y mejora o modelos de excelencia.

Las políticas públicas han sufrido un cambio a tenor del devenir de este conjunto de acontecimientos en un sentido radical: los programas evaluados y los programas no evaluados.

Las herramientas actuales son resultado del esfuerzo por ajustar la evaluación a las características de los programas y a los contextos en los que se despliegan. No obstante, la tarea de evaluar siempre requiere un esfuerzo adicional, por parte de los técnicos para planificar el proceso de evaluación, identificando las unidades de análisis, los grupos de interés, los instrumentos de recogida de información y las constelaciones de información que mejor garanticen por un lado, que el dominio al que está dirigido un programa o conjunto de programas está suficientemente representado y, por otro lado, que la información recogida esté adecuadamente dotada de significación.

La evaluación de los programas de atención a menores, desarrollados en las distintas comunidades autónomas, es un buen ejemplo de la tarea aludida anteriormente.

Esta comunicación pretende analizar a las dificultades y soluciones adoptadas a propósito de la evaluación de los programas desarrollados entre el 2002 y 2006 en la Comunidad de Madrid.



### ***3. Ansiedad y trastornos de ansiedad. Evaluación mediante cuestionarios***

Cano Vindel, A.

Presidente de SEAS, Universidad Complutense de Madrid

La ansiedad es una reacción emocional que nos pone en alerta ante una amenaza (p. eje. la posibilidad de obtener un resultado negativo), de manera que nos activa a nivel fisiológico y cognitivo para poder desarrollar una conducta más ágil que nos permita reducir o eliminar dicha amenaza. Sin embargo, la reacción de ansiedad deja de ser adaptativa cuando es desproporcionada frente a la amenaza. La psicología científica ha demostrado que la reacción de ansiedad y los desórdenes de ansiedad, entre ellos el pánico, están estrechamente relacionados con diferentes procesos cognitivos, especialmente relacionados con la interpretación de la amenaza. Así, en los años 80 se popularizó el enfoque de Lazarus que considera que la reacción de ansiedad es consecuencia de la valoración del estímulo como amenazante. En los años 90, modelos como el de Eysenck ayudaron a profundizar en el estudio de las relaciones entre cognición y emoción, resaltando además del papel del sesgo interpretativo (tendencia a interpretar como amenazantes los estímulos neutros), la importancia del sesgo atencional (tendencia a fijar el foco de la atención en el estímulo amenazante).

Se presentan datos de investigación sobre las propiedades psicométricas de varios cuestionarios que evalúan las manifestaciones de ansiedad y algunas variables cognitivas relacionadas, tanto en muestras de sujetos sanos, como en pacientes con trastornos de ansiedad. Así mismo, se presentan datos que apoyan las predicciones de los modelos cognitivos en los que se basan dichos instrumentos de evaluación (Lazarus y Eysenck).

Se concluye que los cuestionarios presentados son herramientas fiables y válidas para la evaluación de la ansiedad y de la actividad cognitiva en la que se sustenta, tanto en personas sanas como en pacientes con trastornos de ansiedad, y se especula sobre la necesidad del uso de técnicas cognitivas para el tratamiento de estos desórdenes.



## La Intervención multidisciplinar en el TDAH

Coordinador: Mateu Servera (Universitat de les Illes Balears)

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 13:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

- 1. El tratamiento del TDAH a través de la formación de padres*  
Moreno, I.  
Universidad de Sevilla
- 2. El tratamiento del TDAH en la escuela y la formación de educadores*  
Soriano Ferrer, M.  
Universidad de Valencia
- 3. El tratamiento farmacológico del TDAH: «viejas» y «nuevas» alternativas*  
Cardo Jalón, E.  
Universidad de las Islas Baleares, Hospital Son Llàtzer Palma
- 4. El tratamiento multidisciplinar del TDAH: estado de la cuestión*  
Servera Barceló, M.  
Universidad de las Islas Baleares

El objetivo del simposio es poner al día los principales tratamientos de elección en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Se van a revisar programas ya aplicados en nuestro país, de base cognitivo-conductual, para formar a padres y educadores en el manejo del TDAH y sus problemas asociados, básicamente conductas problema y dificultades de aprendizaje, y a la vez también intervenciones directas con los niños afectados para la mejora del autocontrol y las habilidades de interrelación social. Por otra parte, en los últimos años se han incrementado mucho las alternativas terapéuticas basadas en el tratamiento psicofarmacológico, para lo cual se llevara a cabo una presentación de las distintas modalidades, indicaciones, ventajas e inconvenientes. Finalmente, y en forma de debate, se revisarán los datos más recientes de eficacia de estas intervenciones, tanto solas como combinadas, y sus indicaciones profesionales.



## **1. El tratamiento del TDAH a través de la formación de padres**

Moreno, I.

Universidad de Sevilla

El tratamiento del TDAH contando con los padres como coterapeutas requiere la formación previa de los progenitores en principios y técnicas de modificación conductual. Se han desarrollado distintos protocolos específicos, entre ellos el Programa de Entrenamiento de Barkley (1997), para entrenarles en métodos y técnicas eficaces encaminados a manejar con éxito el comportamiento de sus hijos. Aún cuando los efectos, a corto plazo, de la formación recibida por los progenitores sobre el comportamiento infantil han sido evidenciados en numerosos estudios, el mantenimiento de este aprendizaje y su repercusión en la conducta del menor parece estar relacionada con la aplicación *correcta, coherente, regular y sistemática* de las tácticas conductuales aprendidas y con el *cumplimiento prolongado* de estas habilidades en casa y en situaciones problemáticas (Moreno, 2007).

Sin embargo, en la última década el tratamiento de los niños diagnosticados con este trastorno a través de su padres ha desarrollado otras líneas de intervención derivadas de los estudios que han puesto de manifiesto el impacto psicológico adverso que el TDAH genera en la familia y, particularmente en los padres. Éstos muestran elevados niveles de estrés (Harpin, 2005), percepción subjetiva de ineficacia e incompetencia de los métodos y tácticas educativas que conocen, además de ansiedad y depresión, especialmente las madres Lesesne, Visser y White, (2003).

Teniendo en cuenta estos hallazgos, comienzan a adquirir relevancia en este contexto las investigaciones encaminadas a desarrollar programas de intervención, destinados a los padres como cuidadores, con el objetivo de prestarles apoyo psicológico, atenuar el impacto emocional y desarrollar habilidades para afrontar eficazmente el trastorno en el contexto familiar (McDonnell y Mathews, 2001).

Así pues, las iniciativas psicológicas, que teniendo como destinatarios últimos los niños con TDAH si bien su actuación inmediata se centra en los padres, se desarrollan en torno a dos aspectos destacados (Moreno, 2005): a) Adopción de métodos, iniciativas y estrategias, basadas en principios conductuales y sustentadas en hallazgos científicos, para mejorar el comporta-



miento infantil disruptivo y b) Control del estrés y optimización de calidad de vida de los padres (Hernández, 2005). En este trabajo se analizarán ambos aspectos haciendo hincapié en la adaptación del Programa de Entrenamiento de Barkley (1997).

## ***2. El tratamiento del TDAH en la escuela y la formación de educadores***

Soriano Ferrer, M.

Universidad de Valencia

Distintas propuestas han aparecido recientemente en cuanto a la formación al profesorado. Estos programas coinciden en estar pensados para su aplicación por los maestros en el ámbito escolar y porque, unos más que otros, integran distintos componentes con el objetivo de potenciar la eficacia de la intervención. Desde la Universidad de Valencia se ha desarrollado un programa contextualizado y multicomponencial, cuyo objetivo prioritario fue transformar cualitativamente la actuación de los profesores dotándolos de habilidades que les permitieran dar respuesta a las necesidades educativas especiales de los estudiantes con TDAH. Diversos trabajos han confirmado la efectividad de este programa de formación al profesorado para reducir la sintomatología propia del TDAH y mejorar el rendimiento académico, resultando más efectivo el tratamiento psicoeducativo para mejorar el control del impulso, aunque la medicación es más potente a la hora de potenciar la atención.

## ***3. El tratamiento farmacológico del TDAH: «viejas» y «nuevas» alternativas***

Dra. Cardo Jalón, E.

Universidad de las Islas Baleares, Hospital Son Llàtzer Palma

Los nombres asignados al Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) han cambiado a lo largo de los años. El TDAH es un trastorno neuroevolutivo del desarrollo para el cual no se dispone en la actualidad de un tratamiento farmacológico curativo. Aunque el TDAH es más comúnmente estudiado en niños en edad escolar, es un síndrome que se extiende por todo el ciclo de vida, a través de la adolescencia y en la edad adulta. Las mejoras



en la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico, atribuible a la puesta en marcha de nuevas formulaciones, la disponibilidad de nuevos fármacos no estimulante, así como el desarrollo de nuevos fármacos en su último estadio de los ensayos clínicos, están transformando el tratamiento del TDAH. Por ejemplo, atomoxetina es fármaco no estimulante que actúa por la vía noradrenergica y tiene mayor especificidad en su efecto neocortical y no en ganglios de la base. La Lisdexamfetamina fue desarrollada con el objetivo de proporcionar una prórroga de efecto con un menor potencial de abuso, la sobredosis de toxicidad, y la manipulación de drogas. La FDA ha publicado recientemente una revisión y ofrece información on line en la red de salud pública para proporcionar más información a los pacientes/profesionales sobre los riesgos potenciales de los medicamentos utilizados y aprobados para el TDAH. En esta ponencia se resumirá estos contenidos y se realizara unas pinceladas sobre los nuevas moléculas que se están investigando en los ensayos clínicos en curso.

#### **4. El tratamiento multidisciplinar del TDAH: estado de la cuestión**

Dr. Servera Barceló, M.

Universidad de las Islas Baleares

En el TDAH no todo es lo que parece. Mientras en la práctica clínica serían gran mayoría los profesionales que estarían de acuerdo en la necesidad y los beneficios de un tratamiento multidisciplinar que incluyera, al menos en el subtipo combinado, tratamiento farmacológico, formación de padres en manejo de conductas problema, apoyo a los tutores escolares e intervención psicoeducativa con el niño, en los datos de la investigación no siempre se encuentra apoyo directo a esta postura. Por separado sí hay evidencias en estudios metodológicamente potentes de la eficacia de la intervención farmacológica y los programas de formación de padres, pero la evaluación comparativa de estas intervenciones con otras combinadas ha dado resultados discutibles. En este sentido en la última década gran parte del debate se ha focalizado en el macro trabajo del *MTA Cooperative Group* financiado por el *National Institute of Mental Health* (NIMH). Ideado a principios de los noventa y con los primeros resultados a finales de la década, actualmente van por el tercer seguimiento. El proyecto incluyó seis grandes centros clínicos, becas y contratos para ocho grandes universidades norteamericanas, con más



de 20 de los principales investigadores sobre el tema implicados y un sin fin de colaboradores. El objetivo principal era comparar cuatro modalidades de tratamiento en un diseño clínico controlado y aleatorizado con una muestra muy amplia ( $n = 579$ , con una edad entre 7 y 9,9 años) y a largo plazo (14 meses, con distintas fases): (a) tratamiento farmacológico, (b) tratamiento conductual, (c) tratamiento combinado y (d) tratamiento comunitario. Y el objetivo de nuestra exposición será resumir los principales resultados de los tres informes emitidos hasta ahora y condensados en 8 artículos, más los resultados que han aparecido en 63 artículos *ad hoc* y otras opiniones “independientes”. A partir de los dos trabajos de Swanson *et al.* publicados en julio del 2008 en el *Journal of Attention Disorder* intentaremos destacar los puntos fuertes y débiles de este gran trabajo y las implicaciones que pueda tener para el futuro de la intervención multidisciplinar en el TDAH.



## Maltrato infantil

Coord. Jorge Sixto Olivares Parra (Universidad de Valladolid)

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 17:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

1. *Perfil postraumático en menores maltratados: evaluación psicológica del estrés postraumático (TEPT y TEPTC)*

López-Soler, C., Castro, M., Montalvo, C.G., Garriga, A., Alcántara, M., V. Fernández, V.

Universidad de Murcia

2. *Tratamiento cognitivo-emocional-conductual (CEC), mediante realidad virtual (RV) en un caso de maltrato infantil grave*

López-Soler, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M., Martínez, A.

Universidad de Murcia

3. *Personalidad, inadaptación y repercusiones lingüísticas en menores maltratados*

Moreno, J.M., García - Baamonde, M.E.

Universidad de Extremadura

### Objetivos:

- Proporcionar un foro de encuentro y debate entre profesionales, investigadores y docentes sobre la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de niños maltratados.
- Explorar las consecuencias personales, sociales y familiares de menores maltratados.
- Conocer tratamientos específicos que aplican las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (realidad virtual).
- Fomentar el desarrollo y difusión de investigaciones rigurosas y de calidad sobre la psicopatología de la infancia y adolescencia.
- Desarrollar vías de intercambio y participación entre investigadores de la psicopatología de la infancia y adolescencia y proporcionar líneas de investigación futura.



### ***1. Perfil postraumático en menores maltratados: evaluación psicológica del estrés postraumático (TEPT y TEPTC)***

López-Soler, C., Castro, M., Montalvo, C.G., Garriga, A., Alcántara, M., V. Fernández, V.

Universidad de Murcia

Se ha realizado una evaluación psicológica amplia a menores (N=35) que han sufrido maltrato crónico intrafamiliar, de edades comprendidas entre los 6 y 12 años. Se ha administrado un protocolo de evaluación de las reacciones postraumáticas que incluye las siguientes pruebas: CPSS, CITES-R, IES, SCARED, PEDS y una escala clínica elaborada en nuestro grupo para detectar síntomas del estrés postraumático complejo (DESNOS), basado en la SIDES de adultos. El protocolo de evaluación permite detectar sintomatología del trastorno por estrés postraumático simple y complejo.

Se indican las pruebas que son más adecuadas para el psicodiagnóstico de las reacciones postraumáticas, así como el diagnóstico clínico más adecuado en menores maltratados.

### ***2. Tratamiento cognitivo-emocional-conductual (CEC), mediante realidad virtual (RV) en un caso de maltrato infantil grave***

López-Soler, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M., Martínez, A.

Universidad de Murcia

Se ha realizado un tratamiento psicológico a una menor maltratada, separada de su familia biológica a edad temprana, que presentó fuertes reacciones postraumáticas y desadaptación psicosocial. Antes y al finalizar el tratamiento se le administró el protocolo de evaluación psicológica desarrollado en nuestro grupo con el fin de obtener información sobre la sintomatología clínica predominante. El diagnóstico principal fue de estrés postraumático complejo. Se ha realizado la aplicación de un tratamiento que incluye los siguientes módulos: psicoeducación, reconocimiento y expresión emocional, reestructuración cognitiva, elaboración del trauma, desarrollo de la identidad, crecimiento personal y relajación. Este protocolo de tratamiento se estructura en 14 sesiones y la mayor parte de ellas se ha realizado con apoyo del sistema de realidad virtual EMMA-Child.



Se presentan las condiciones de vida actual, el diagnóstico pre y postratamiento, así como la información diagnóstica recogida en las sesiones con realidad virtual, ya que su uso es tan importante en la aplicación del tratamiento (facilita el recuerdo, la expresión y elaboración de experiencias dolorosas), como en la evaluación de las reacciones postraumáticas.

Trabajos realizados en base al convenio PEDIMET (Proyecto de Evaluación Psicodiagnóstica y Tratamiento de Menores Tutelados), establecido entre la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración y la Universidad de Murcia.

### ***3. Personalidad, inadaptación y repercusiones lingüísticas en menores maltratados***

Moreno, J.M., García - Baamonde, M.E.  
Universidad de Extremadura

La investigación se desarrolla en los centros de acogida de menores de Extremadura. La muestra se compone de 74 niños institucionalizados de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años. Se establecen 4 grupos diferenciados atendiendo al intervalo de edad (6-8 años, 8-12 años, 12-14 años y 14-18 años) y 2 grupos atendiendo al sexo. Para evaluar el desarrollo lingüístico de los niños utilizamos el BLOC-S (Puyuelo et al., 2002); para la evaluación del grado de inadaptación personal, social y escolar de los niños el TAMAI (Hernández, 1996); y por último para la evaluación de la personalidad el: ESPQ (Coan y Cattell, 2002), CPQ (Porter y Cattell, 2002) y HSPQ (Cattell y Cattell, 2001). Se pone de manifiesto que los niños tienen una competencia lingüística por debajo de su edad, destacando las dificultades en pragmática. La evaluación permite detectar la relación entre el nivel de dominio lingüístico, el grado de inadaptación de los niños y un estilo educativo disfuncional. Se detectan síntomas tales como: ansiedad elevada, tensión, inseguridad, baja tolerancia a la frustración y autodesaprobación. Todos estos factores les dificultan el mantenimiento del control emocional, con lo que se hace difícil la socialización.

Se presentan los resultados de la investigación, haciendo hincapié en la evaluación psicolingüística de los menores a través de los diferentes instrumentos y las conclusiones más significativas y se señalan las implicaciones prácticas de estudio a nivel de propuestas de intervención.



## **Estatus actual de la prevención como campo de actuación dentro de la Psicología de la Salud: avances en la prevención del Sida**

Coord. Rafael Ballester Arnal (Universidad Jaume I de Castellón)

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, 12:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

1. *Viendo crecer a Hygeia*

Rafael Ballester

Universitat Jaume I de Castelló

2. *La prevención del Sida desde una perspectiva de género*

María Lameiras

Universidad de Vigo

3. *Evidencias de eficacia diferencial de distintas intervenciones para la prevención de la Infección por VIH en educación secundaria: modelo psicoeducativo versus modelo interactivo-experiencial.*

Remor, E., Traseira, P.

Universidad Autónoma de Madrid

4. *La prevención del Sida en jóvenes: eficacia diferencial de la prevención en función del tipo de estrategia, del tipo de facilitador y de variables disposicionales.*

Ballester, R.

Universitat Jaume I de Castelló

A pesar de que desde la misma fundación de la Psicología de la Salud, la prevención ha sido considerada como uno de los ámbitos principales tanto para el ejercicio profesional como para la investigación, lo cierto es que durante mucho tiempo la prevención ha sido relegada a una posición menor dentro de la psicología de la salud, como se deduce del número de investigaciones en este campo y de su escasa implantación en nuestra sociedad. Sin embargo, en los últimos años, estamos asistiendo a un crecimiento importante de la prevención tanto desde el punto de vista del número de publicaciones como de la calidad de las mismas. El objetivo de este simposium es transmitir ese proceso de maduración de la prevención a través de un ámbito concreto: el del Sida. A través de esta enfermedad se podrá observar cómo hemos pasado de unos inicios ingenuos de la prevención en los que ni siquiera se



evaluaba la eficacia de las intervenciones a lo que podríamos denominar, la juventud de la prevención, una juventud prometedora y con gran empuje que se encuentra investigando no sólo la eficacia de las intervenciones, sino también el efecto diferencial de distintas estrategias preventivas, del tipo de facilitador o agente de las intervenciones y el papel modulador que algunas variables disposicionales como el género, la orientación sexual o variables de personalidad o emocionales pueden tener sobre el impacto de los programas. Gracias a este tipo de investigaciones que sólo son posibles en el marco de un cierto desarrollo de la prevención del Sida, estamos cada vez en mayor disposición de ofrecer a la población intervenciones preventivas de alta eficacia con una optimización de los beneficios y una gran adecuación de estas intervenciones a las características concretas del colectivo o personas a las que van dirigidas.



## 1. *Viendo crecer a Hygeia*

Rafael Ballester

Universitat Jaume I de Castelló

La psicología de la salud ha vivido en los últimos años una gran expansión y desarrollo. Podríamos decir que su “estado de salud” es bueno si nos atenemos al creciente número de trabajos publicados en revistas científicas en torno a los factores psicológicos implicados en el desarrollo y mantenimiento de problemas de salud que tienen a la base un problema orgánico y también en torno a las distintas conductas de salud. Baste como ejemplo que entre el año 1977 y 2001 (24 años) se publicaron un total de 48.360 artículos relacionados con el consumo de drogas, mientras que tan sólo entre el año 2002 y 2008 (6 años), este número llega a ser de 72.759. Y algo similar ocurre con otras conductas y problemas de salud como el consumo de alcohol, tabaco, los trastornos alimentarios, la infección por VIH o el cáncer. Sin embargo, si analizamos en qué medida están aumentando los trabajos publicados que se centran específicamente en la prevención o la promoción de la salud en torno a estos temas, observamos que a pesar de que existe un incremento en cifras absolutas y relativas (p.e. las publicaciones sobre programas de prevención del abuso del drogas pasan del 0,3% del total publicado al 1,1%), nos seguimos manteniendo en porcentajes mínimos que oscilan entre esta última cifra y el 3,2% en el caso de la prevención del Sida). Y lo mismo cabe decir de los trabajos publicados que evalúan la eficacia de las intervenciones preventivas (que constituyen sólo entre un 10 y un 20% de todos los que presentan programas preventivos). A partir de estos datos, cabe preguntarnos si el crecimiento evidente de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como ámbito de investigación en psicología de la salud y el también más que evidente aumento en la calidad y rigor de las investigaciones al respecto están siendo suficientemente importantes e intensos en relación con la aplastante evidencia acerca de la relevancia que las conductas de salud tienen para el desarrollo de los principales problemas de salud pública en nuestra sociedad. En definitiva, vemos crecer a Hygeia, pero todavía casi treinta años después del nacimiento de la Psicología de la Salud como disciplina, parece que este crecimiento dista mucho de lo deseable y de lo necesario.



## **2. La prevención del Sida desde una perspectiva de género**

María Lameiras

Universidad de Vigo

Las mujeres han sido en el comienzo de la expansión de la infección VIH/Sida “invisibilizadas”. Esta ausencia de reconocimiento llevó a la paradoja de que las mujeres no se incluían en los grupos de “infectados” con el VIH pero “morían” a causa de esta infección. Las consecuencias más llamativas de esta invisibilización fueron su exclusión de las pruebas de ensayos clínicos con nuevos medicamentos y el no considerar enfermedades marcadoras de Sida aquéllas que sólo afectan a las mujeres. Esta situación de discriminación no se modifica hasta 1993 cuando el cáncer invasivo del cuello de útero es incluido como una de las enfermedades marcadoras de Sida. En la década de los noventa el proceso de “visualización” hacia las mujeres cristaliza con la proclamación por la OMS de 1991 como “Año Internacional de la Mujer y el Sida” y desde entonces empiezan a evidenciarse acciones encaminadas al reconocimiento y visibilización de un colectivo que no solamente se infecta del VIH sino que llega a representar casi la mitad de los más de 40 millones de personas afectadas en el mundo.

La mayor vulnerabilidad de las mujeres a la infección del VIH a través de las relaciones sexuales se explica, en primer lugar, por su mayor *vulnerabilidad biológica*, pero para explicar la prevalencia de la infección VIH en el colectivo de mujeres hay que recurrir a la *vulnerabilidad social*, y a los condicionantes sociales y culturales que se imponen. Son los factores relacionados con el género, una de las mejor documentadas y más potente categoría de estratificación social, determinantes a la hora de abordar el riesgo al contagio del VIH de las mujeres. Las relaciones de parejas están condicionadas por los estereotipos de género que “prescriben” y “describen” cómo deben ser y como deben actuar hombres y mujeres dentro de sus relaciones interpersonales en general y afectivo-sexuales en particular. La asimetría entre géneros hace de las prácticas de sexo protegidas una realidad a negociar para las mujeres que son las que se encuentran en la situación de menor poder. Además la vulnerabilidad de las mujeres en la transmisión del VIH viene agravada por las variables socioeconómicas y culturales en las que vive. La marginalización de la mujer, basadas en el género, la raza o la clase social determinan su salud y bienestar y la de sus hijos/as. Por ello sólo



cuando todas estas cuestiones sean incorporadas las actuaciones de los/as profesionales de la salud serán eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las mujeres, y mientras esto no sea una realidad quedará comprometida la eficacia de nuestras intervenciones. Este, en definitiva, es el gran reto que aún tenemos por delante.

### ***3. Evidencias de eficacia diferencial de distintas intervenciones para la prevención de la Infección por VIH en educación secundaria: modelo psicoeducativo versus modelo interactivo-experiencial***

Remor, E., Traseira, P.

Universidad Autónoma de Madrid

Cada vez se revela como más importante la información sobre la eficacia de las intervenciones en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud. Para ello es necesario contestar a preguntas como: ¿Tienen las diferencias en el contenido de las intervenciones para la modificación de conducta un impacto en la eficacia (laboratorio) y efectividad (mundo real) de las mismas? Si es así, ¿Qué técnicas o combinaciones de técnicas y contenidos mejoran la efectividad (mundo real) de las intervenciones?

La presente ponencia pretende contestar estas preguntas, utilizando datos del “mundo real” recogidos en un estudio de prevención del VIH con adolescentes en escuelas públicas de la Comunidad de Madrid. Se informará de los resultados obtenidos a partir de diferentes intervenciones dirigidas a esta población y que partieron de técnicas y contenidos distintos para abordar un mismo problema: el cambio de las conductas sexuales de riesgo relacionadas con la transmisión del VIH en adolescentes. También se procurará valorar los criterios para la efectividad en base a dos modelos teóricos clásicos - el Modelo de Creencias de Salud y la Teoría de la Conducta Planificada - intentando discutir hasta qué punto las intervenciones que atienden y se desarrollan en base a un marco teórico determinado (*Theory-Based Interventions*) obtienen resultados más efectivos que aquellas que no cumplen estos criterios.



#### ***4. La prevención del Sida en jóvenes: eficacia diferencial de la prevención en función del tipo de estrategia, del tipo de facilitador y de variables disposicionales***

Ballester, R.

Universitat Jaume I de Castelló

La prevención del Sida constituye un buen ejemplo de hasta qué punto hemos avanzado en la investigación sobre la prevención de algunas de las enfermedades más importantes que afectan a nuestra sociedad. A principios de los años 80, los profesionales se lanzaron a implementar programas de prevención de una manera urgente, apasionada pero poco sistemática, sin un conocimiento profundo de cuáles eran todas las variables que actuaban como mediadoras de las conductas de riesgo. Hoy conocemos mucho más acerca de esas variables y tenemos ya algunos datos que hablan de la eficacia de los programas preventivos. Sin embargo, sigue siendo necesario investigar muchas cuestiones. Una de ellas tiene que ver con la eficacia diferencial de distintas estrategias de prevención. Necesitamos conocer no sólo si los programas son eficaces, sino cuáles son sus componentes más activos, qué estrategias son útiles, implementadas por qué tipo de facilitador, para modificar qué aspectos de las conductas de riesgo y en qué personas, es decir, también necesitamos saber más acerca de cuáles son los factores emocionales, de personalidad, etc. que se relacionan con una mayor vulnerabilidad hacia las conductas de riesgo y una mayor resistencia al cambio tras las intervenciones preventivas.

En esta ponencia presentamos algunos resultados de distintos proyectos de investigación llevados a cabo en el colectivo de estudiantes universitarios, concretamente de la Universitat Jaume I. Algunos de estos resultados muestran la gran eficacia para promover el cambio de las estrategias que introducen como agente a una persona afectada por el VIH, junto con las que intentan desarrollar habilidades de uso del preservativo y de negociación del sexo seguro, y las que introducen el trabajo con las actitudes de los jóvenes. Respecto al tipo de facilitador, nuestros resultados apuntan hacia una mayor eficacia del experto en comparación con el facilitador-par. Dentro de las variables disposicionales, encontramos una reacción diferencial a los programas por parte de hombres y mujeres que modifican diferentes aspectos de las conductas de riesgo, con lo que se confirma la necesidad



de un acercamiento de género a la prevención del Sida. Finalmente, hemos hallado relación entre distintas facetas del comportamiento preventivo y las dimensiones de personalidad de los jóvenes. Por ejemplo, apreciamos cómo el riesgo percibido se asocia a un mayor neuroticismo (y más concretamente con “depresión”, “impulsividad” y “vulnerabilidad”), mientras la percepción de temor hacia una posible infección, se asocia más a las facetas “impulsividad” y “gregarismo” de las dimensiones “neuroticismo” y “Extraversión”. La confianza en el preservativo, por su parte, se relaciona positivamente con la “apertura a la experiencia”. Consideramos que es necesario seguir investigando en esta línea en la que se analizan no sólo los aspectos que tienen que ver con la eficacia diferencial de las estrategias de prevención, sino también las variables disposicionales de las que depende a su vez el grado de cambio alcanzado con estas estrategias.



## **Nuevas perspectivas en la evaluación psicométrica de los trastornos de ansiedad**

Coord. Bonifacio Sandín Ferrero (Universidad Nacional a Distancia)

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, 17:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

*1. Evaluación de nuevos constructos relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo*

Belloch, A.

Universidad de Valencia

*2. Nuevos instrumentos de autoinforme para la evaluación y diagnóstico del trastorno de pánico*

Chorot, P.

Universidad Nacional de Educación a Distancia

*3. Procedimientos psicométricos para la evaluación de la sensibilidad al asco*

Valiente, R.M., Sandin, B., Olmedo, M.

Universidad Nacional de Educación a Distancia

*4. Evaluación de los miedos y las fobias en población adulta y en niños y adolescentes*

Sandin, B.

Universidad Nacional de Educación a Distancia



## ***1. Evaluación de nuevos constructos relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo***

Belloch, A.

Universidad de Valencia

La evaluación y el diagnóstico adecuados del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) incluye no solo la presencia de los síntomas más relevantes (obsesiones y compulsiones) y su gravedad, sino también otros aspectos directamente vinculados con la naturaleza del trastorno: consecuencias emocionales, interferencia (áreas vitales afectadas), valoraciones y creencias disfuncionales vinculadas con las obsesiones, y las estrategias de neutralización y control asociadas a ellas. La evaluación de estos tres últimos componentes (valoraciones, creencias y estrategias de control) resulta especialmente importante, tanto para la investigación sobre la psicopatología cognitiva del trastorno, como en lo que se refiere al tratamiento de pacientes concretos. En el caso de un paciente particular, la evaluación tiene un doble propósito: en primer lugar, analizar qué dimensiones de creencias, valoraciones y estrategias de control disfuncionales, asociadas a los propios pensamientos, presenta y cuál es la intensidad con la que se adhiere a ellas con el fin de diseñar el protocolo de tratamiento más adecuado. Y en segundo término, valorar en qué medida el tratamiento aplicado ha conseguido disminuir la adhesión a tales elementos. En esta presentación se analizará la utilidad de los principales instrumentos disponibles tanto para realizar una evaluación idiosincrásica, o directamente vinculada con las obsesiones concretas, como para valorar la intensidad de adherencia a creencias y estrategias de control disfuncionales más generales sobre la naturaleza de los propios pensamientos.

## ***2. Nuevos instrumentos de autoinforme para la evaluación y diagnóstico del trastorno de pánico***

Chorot, P.

Universidad Nacional de Educación a Distancia

El pánico (ataques de pánico) es un fenómeno muy prevalente tanto en la población clínica como en la no clínica. En población no clínica se han publicado tasas de prevalencia anual de ataques de pánico (AP) que varían entre el 13 y el 30% de la población. Entre la población clínica, los AP son muy comunes, especialmente en los trastornos de ansiedad (en torno al 80%



de los pacientes), aunque también son muy frecuentes en la mayoría de los trastornos mentales). Los niveles de prevalencia del trastorno se sitúan cerca del 5% de la población general. En la enfermedad física, tanto el pánico como el trastorno de pánico son bastante frecuentes, especialmente asociados a las patologías cardíacas, vestibulares, respiratorias y neurológicas. La finalidad de la presente ponencia consiste en proporcionar información relativa a algunos de los instrumentos de autoinforme más relevantes para la evaluación y diagnóstico del pánico y del trastorno de pánico. En este sentido, pondremos especial énfasis en ciertos instrumentos diseñados para la evaluación de los constructos más novedosos o relevantes relativos al trastorno de pánico, tales como la sensibilidad a la ansiedad (versiones de la escala Anxiety Sensitivity Index), las interpretaciones catastrofistas (Escala Breve de Interpretaciones Catastrofistas), la autoeficacia ante el ataque de pánico (Escala de Autoeficacia de Control de los Ataques de Pánico), y la evitación interoceptiva (Escala de Evitación Interoceptiva). Tales instrumentos son fáciles de aplicar y de gran utilidad para la investigación, prevención y tratamiento del pánico y del trastorno de pánico. Se presentan datos basados en muestras clínicas (pacientes con trastorno de pánico y pacientes con otros trastornos de ansiedad) sobre la validación de las escalas obtenidos por nuestro grupo de investigación de la UNED. Se discuten los datos considerando la relación y relevancia de estas variables con respecto a diversas variables clínicas asociadas al pánico y al trastorno de pánico.

### ***3. Procedimientos psicométricos para la evaluación de la sensibilidad al asco***

Valiente, R.M., Sandin, B., Olmedo, M.

Universidad Nacional de Educación a Distancia

El asco ha sido definido como una emoción básica con componentes cognitivos, fisiológicos y comportamentales, que actúa para prevenir la contaminación y la enfermedad. El asco podría jugar un papel relevante en los trastornos de ansiedad que impliquen componentes de contaminación y enfermedad, o en relación con los estímulos asociados a una posible contaminación o enfermedad (p.ej., fobias a ciertos tipos de animales, fobias del tipo sangre-inyección-daño, trastornos obsesivo-compulsivos en los que predominen las obsesiones de contaminación y/o las compulsiones de limpieza,



etc.). La sensibilidad al asco ha sido definida en términos de diferencias individuales, como la propensión o tendencia a experimentar la emoción de asco ante las diversas situaciones o estímulos relevantes. Dada la potencial relevancia psicopatológica y clínica de este constructo, sería importante poder disponer de instrumentos psicométricos suficientemente validados para su evaluación. En la presente ponencia presentamos las principales escalas que hasta estos momentos se han desarrollado para evaluar la sensibilidad al asco, así como también información sobre su adaptación al español, y sobre su estructura factorial, fiabilidad y validez, basándonos en los datos obtenidos por nuestro grupo de investigación de la UNED. Específicamente, proporcionamos evidencia sobre las escalas de Haidt et al. (1994, 2007) Disgust Scale (DS) y Disgust Scale–Revised (DS-R), y sobre la Disgust Propensity and Sensitivity Scale–Revised (DPSS-R). Adicionalmente, referimos evidencia de nuestro grupo sobre la relación de la sensibilidad al asco con diversos síntomas de trastornos de ansiedad (tipos de miedos y tipos de síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo).

#### ***4. Evaluación de los miedos y las fobias en población adulta y en niños y adolescentes***

Sandin, B.

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Los miedos son fenómenos muy comunes tanto en la población general como en la población clínica, y tanto en la población adulta como en la de niños y adolescentes. Los miedos clínicos o fobias poseen también una prevalencia elevada (son, con gran diferencia, los trastornos más prevalentes entre todos los trastornos de ansiedad). La evaluación de los miedos suele llevarse a cabo a través de procedimientos de autoinforme, siendo éstos de gran utilidad tanto para la investigación como para la clínica asociada a los trastornos de ansiedad. Los cuestionarios de miedos más utilizados son el de Wolpe y Lang (1964), para la evaluación de los temores en adultos, y el Ollendick (1983) para la evaluación de los miedos en los niños y adolescentes. No obstante, en los últimos años han surgido nuevos cuestionarios, aunque en su mayoría derivados de estos dos enfoques originales. En nuestra ponencia analizaremos algunas de las orientaciones actuales sobre la evaluación de los miedos basadas en procedimientos de autoinforme, y presentaremos



evidencia sobre dos nuevos cuestionarios, el FSS-66 (forma depurada basada en el cuestionario de Wolpe y Lang) y el FSSC-E (cuestionario español construido por nuestro grupo de investigación de la UNED). Proporcionamos datos sobre estos cuestionarios y sobre la estructura de los miedos y las fobias, refiriéndonos de forma separada a las poblaciones adulta y de niños y adolescentes.



## **Sexualidad y psicopatologías**

Coord. Carmen Santín Vilariño (Universidad de Huelva)

Sábado, 29 de Noviembre de 2008, 10:00 h.

Aula 9.7. Facultad de Humanidades

1. *Actualización en disfunciones sexuales femeninas.*

Cabello Santamaría, F.

Presidente del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología de Málaga.

2. *Tratamiento integral de los celos patológicos.*

Mansukhani, A.

Instituto Andaluz de Sexología y Psicología de Málaga

3. *Técnicas bioenergéticas en el tratamiento de la eyaculación retardada.*

Sánchez de Cueto Lorenzo, J.L.

Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (sede de Sevilla), presidente del Colectivo de Salud Avansex.

4. *Relaciones de pareja en jóvenes. El papel de la educación en la prevención de las dificultades sexuales e interpersonales.*

García Rojas, A.D.

Universidad de Huelva



## **1. Actualización en disfunciones sexuales femeninas**

Cabello Santamaría, F.

Presidente del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología de Málaga.

En “The Second Internacional Consultation on Sexual Medicine” (2003) se adoptó por consenso una clasificación revisada de las disfunciones sexuales femeninas propuesta por un panel de expertos de la AFUD y se establecieron los siguientes trastornos:

**Trastorno del deseo:** Se define como la ausencia o disminución de sensaciones, interés, pensamientos o fantasías sexuales. La motivación para buscar la excitación es escasa o nula y debe tenerse en cuenta una involución fisiológica a lo largo del ciclo vital y la duración de la pareja.

**Trastorno subjetivo de la excitación:** Ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y del placer con cualquier tipo de estimulación sexual a pesar de existir lubricación genital y otros signos fisiológicos propios de un proceso excitatorio.

**Trastorno de la excitación sexual genital:** Ausencia o deterioro de la excitabilidad genital que se manifiesta por una mínima tumefacción y lubricación genital, además de sensibilidad reducida a las caricias vulvares. Existe sensación subjetiva de excitación ante estímulos sexuales no genitales.

**Trastorno combinado de la excitación subjetiva y genital:** Ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y el placer con ausencia de ingurgitación y lubricación genital con cualquier tipo de estimulación sexual.

**Trastorno persistente de la excitación sexual:** Espontánea, molesta y no querida excitación genital en ausencia de interés sexual y deseo. La excitación no es aliviada por uno o más orgasmos, persistiendo horas e incluso días.

**Trastorno del orgasmo de la mujer:** Se define como la ausencia o disminución de la intensidad del orgasmo con una adecuada estimulación, a pesar de sentir excitación sexual.

**Dispareunia:** Dolor persistente o recurrente al intentar o completar la penetración. Se incluyen las mujeres que no toleran los movimientos vaginales debido al dolor.



**Vaginismo:** Dificultad persistente para permitir la entrada del pene, los dedos u otro objeto en la vagina a pesar de que la mujer lo desee.

**Trastorno por aversión sexual:** Extrema ansiedad o disgusto ante la idea o el intento de practicar cualquier actividad sexual.

En una reciente revisión de 34 estudios, las cifras de prevalencia oscilan del 20% al 50%. En mujeres españolas se estima una incidencia de entre un 5 y un 43%. Esta gran incidencia ha promovido que se pongan en marcha investigaciones para desarrollar principios activos eficaces en el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas habiéndose estudiado fundamentalmente fármacos que incrementan la amplitud del pulso vaginal, psicofármacos y compuestos hormonales. No obstante, aunque en casos concretos los fármacos pueden resultar un excelente apoyo (por ejemplo la testosterona en mujeres con insuficiencia androgénica), todavía no existen medidas farmacológicas específicas.

En los últimos años se ha prodigado mucho el uso de geles clitorideos y del Eros device®. Para Billups y colaboradores con el Eros® mejoran el 42% de las mujeres que presentan alguna disfunción sexual, sin embargo, en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP) sólo el 1'25% encontraron satisfacción con el aparato. En cuanto a los geles clitorideos, como el Viacrem®, Donacreme®, etc., en el IASP se puso de manifiesto una eficacia del 6'25%.

En definitiva, no existe ningún fármaco que haya demostrado ser claramente eficaz, tal como ocurre en la disfunciones masculinas, por lo que la estrategia terapéutica más efectiva, en la actualidad, sigue siendo la terapia sexual.

## ***2. Tratamiento integral de los celos patológicos***

Mansukhani, A.

Instituto Andaluz de Sexología y Psicología de Málaga

Los celos constituyen una respuesta emocional compleja, de 2º orden, compuesta por un agregado de varias emociones primarias-básicas. Constituyen una experiencia emocional muy frecuente y transcultural. Aunque no siempre son patológicos, hay casos en los que requieren atención clínica por:



- Constituir uno de los trastornos que más malestar generan al que los padece.
- Posiblemente la patología que más malestar genera a las parejas de quienes los padecen.
- Estar íntimamente relacionados con la violencia de género (40-80%, según los distintos autores).
- Íntimamente relacionada con los crímenes pasionales, el homicidio y el suicidio.

En la actualidad, consideramos que para que se sientan celos deben darse tres componentes: un sentido de posesión del otro/a (el otro como objeto), un temor a la pérdida (junto con un miedo desmesurado a la infidelidad, tanto sexual como afectiva) y la sospecha/certeza de un rival.

Para distinguir los celos patológicos de los que no lo son hay que tener en cuenta la frecuencia, el tipo de ‘triggering event’, la intensidad subjetiva del sufrimiento y el tipo y la intensidad de la reacción (tanto interna como externa).

Los factores de riesgo para padecer celos patológicos son: haber padecido trauma psicológico infantil (privaciones o abandono afectivo, maltrato, abuso, negligencia, sobreprotección, etc.), problemas de apego en la relación con los progenitores, rasgos de personalidad (en especial los subtipos narcisistas, paranoide u obsesivo), problemas de autocontrol, historia de consumo de sustancias psicoactivas, haber tenido un progenitor celoso, haber tenido una relación previa de celos, etc.

El diagnóstico imprescindible para empezar a intervenir exige saber:

- Tipo de celos: Tradicionalmente, se han distinguido los celos patológicos entre psicóticos y neuróticos. Nosotros, en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, hacemos una clasificación más minuciosa que además condiciona la intervención futura. Distinguimos entre: Celos TOC-Estado, Celos TOC-Rasgo sin crisis delirantes, Celos TOC-Rasgo con crisis delirantes, Delirio Celotípico y Celos en Esquizofrenia, Psicosis tóxicas o Cuadros orgánicos.
- Tipos de crisis: cuáles son los ‘triggering events’ y lo que llamamos anatomía de la crisis (nos basamos en un modelo propio compuesto por cuatro fases).



- Reacción y ciclo de conflicto de la pareja. Tipo de relación de la pareja.
- Rasgos de la pareja y tipo de dependencia de ambos.

El tratamiento incluye:

- Intervención farmacológica: según el tipo de celos de nuestro cuadro diagnóstico, usamos: Paroxetina y Clorimipramina para los celos sin crisis delirantes y Sumial, Topiramato, Lamotrigina, Sulpiride y/o Risperdal para los que incorporan crisis delirantes y según la gravedad.
- Psicoterapéutica, dividida en 4 fases:
  1. Intervención psicoeducativa, cortar escalada de violencia, habilidades de comunicación, solución de problemas de forma no agresiva y asertividad, actividades fuera, intervención cognitiva y exposición con baja tolerancia a la incertidumbre, limitación de compulsiones.
  2. Autoestima, Exposición al ridículo, Trauma-EMDR, Técnicas de control emocional, Trabajo con voces.
  3. Exposición en imaginación (HI, PSC, masturbación con sustitución), exposición en vivo.
  4. LP individual con paciente principal.

### ***3. Técnicas bioenergéticas en el tratamiento de la eyaculación retardada***

Sánchez de Cueto Lorenzo, J.L.

Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (sede de Sevilla), presidente del Colectivo de Salud Avansex

La eyaculación retardada es un trastorno sexual cuya característica esencial, según el DSM-IV-TR, es “la ausencia o el retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal”. Aunque en algunos casos puede deberse a factores orgánicos (sobre todo a los efectos secundarios de algunos fármacos), habitualmente se debe a razones psicológicas, entre las que podemos destacar como principales -siguiendo a Mark Musé- la distracción y el control excesivo. Algunas de las técnicas conductuales más utilizadas en el tratamiento de esta disfunción son las denominadas focalización corporal, autofocalización con estimulación genital, estimulación



corporal compartida, estimulación mutua, coito con autoestimulación y un largo etcétera.

Por otra parte la bioenergética es una psicoterapia desarrollada por Alexander Lowen y que utiliza el lenguaje y la energía corporales para tratar los problemas psicológicos. En palabras de Juan José García Jiménez, la bioenergética “se encarga de eliminar aquellas actividades o pensamientos que entorpecen la espontaneidad y, por lo tanto, la autoexpresión”. En mi opinión se trata de la terapia más eficaz para conectar con las sensaciones y encontrarle significado a las emociones. Entre otros muchos, se utilizan ejercicios de respiración y de estiramiento muscular.

En la presente ponencia voy a contar varios casos, tomados de mi experiencia clínica, que ilustran cómo cuando se combinan las técnicas conductuales y las bioenergéticas, el proceso terapéutico evoluciona mejor que cuando se aplican dichas técnicas de manera aislada.

#### ***4. Relaciones de pareja en jóvenes. El papel de la educación en la prevención de las dificultades sexuales e interpersonales***

García Rojas, A.D.

Universidad de Huelva

Hablar hoy en día de violencia de género significa traer a colación uno de los problemas sociales más acuciantes y de mayor importancia dentro de la prevención e intervención psicológica en los ámbitos familiar, comunitario e individual, pero también, por supuesto, dentro del ámbito educativo. Dentro de esta problemática, la violencia que se ejerce en las relaciones de noviazgo, relaciones que comienzan cada vez a una edad más temprana (Price y Byers, 1999), no es excepcional y se ha encontrado que ésta, en las relaciones de pareja de adolescentes, al igual que la violencia de género en adultos, se extiende en un continuo que va desde el abuso verbal y emocional, hasta la agresión sexual y el asesinato; es un grave problema que afecta de forma considerable la salud física y mental de los y las adolescentes (Makepeace, 1981). La violencia de género no tiene por qué comenzar después del matrimonio, de hecho, generalmente y cada vez más, ésta se da en el noviazgo o al comienzo de la convivencia (Gorrotxategi y de Haro, 1999). Encontramos que diversas formas de control exagerado, que han sido pormenorizadamente enumeradas (Ferreira, 1992), comienzan a aparecer



de forma temprana y, poco a poco, este tipo de conductas abusivas se van haciendo cada vez más frecuentes y extremas.

La LOGSE (1990) contemplaba la necesidad de intervenir en la educación en valores en las enseñanzas obligatorias, a través de los denominados Temas Transversales, dentro de los cuales estaban: la coeducación, la educación para la convivencia y la educación para la salud. Sin embargo, la intervención educativa conllevaba una complejidad enorme, debido fundamentalmente a:

- La falta de formación del profesorado.
- La integración de los temas de forma transversal en todas las áreas o asignaturas, lo que implicaba un hándicap bastante grande.
- La falta de contenido explícito, lo que lleva a una formación abierta y subjetiva.
- La dificultad de su inclusión en el horario lectivo de alumnado y profesorado.
- No tener claro en la práctica educativa de quién era dicha competencia: orientador/a, profesorado, tutor/a, equipo directivo, etc.
- Etc.

En definitiva, quedaba al amparo de la buena disposición de algunos/as profesores/as que le concedían la importancia necesaria como para analizar la situación de su alumnado y elaborar un programa de intervención de forma solitaria y altruista. En otros casos, se seguían programas de intervención elaborados por especialistas pero que no estaban contextualizados a la realidad de cada centro educativo y de su alumnado. Por último se quedaba supeditado a la hora de tutoría semanal establecida en secundaria.

La LOE (2006) dedica una de sus seis partes a "Los valores y la formación ciudadana". Las propuestas que realiza apuntan en tres direcciones, una dirigida a lo que llama "la maduración de los alumnos", otra a "sus relaciones con los demás" y una tercera orientada a potenciar los "valores sociales que permitan a los jóvenes la participación activa en la sociedad democrática". Aunque no emplea el término "transversalidad" en la parte donde concreta las propuestas que realiza, sí lo hace en el texto explicativo previo, tanto para ratificar su vigencia como para venir a reconocer tácitamente que el desarrollo de la transversalidad no ha sido muy satisfactorio, al proponerse



superar esta situación mediante la inclusión de un área específica nueva “Educación para la Ciudadanía” en Primaria y Secundaria. De modo que en el capítulo de propuestas, la educación en valores quedó en este documento planteada de manera transversal a través del proyecto educativo del centro y de una nueva área, de la cual se esbozan sus contenidos, los cuales, han creado un grande beta social y político. El tiempo nos dirá sin esta propuesta consigue su finalidad.

La pregunta que cabe plantearse será ¿qué puede y debe de hacer el profesorado? La respuesta no deja de ser compleja, pero lo que sí debemos de tener claro es que si queremos modificar actitudes y conductas sexistas, si queremos que nuestro alumnado se forme de una manera integral y que sepan convivir en todas los contextos sociales, debemos de fomentar la intervención en estas temáticas a través de propuestas formativas a lo largo de toda su escolarización obligatoria. Las campañas puntuales que se puedan llevar a cabo en los centros, los medios de comunicación, etc; no modifican conductas ni actitudes.



## Los trastornos mentales graves: problemática actual

Coord. Jose López Santiago (Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, SESCAM, Albacete)

Sábado, 29 de Noviembre de 2008, 17:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco'. Facultad de Humanidades

1. *Tratamientos psicológicos del TMG: Eficacia y efectividad*  
Penadés Rubio, R.  
Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínico de Barcelona, IDI-BAPS
2. *El modelo de red y los dispositivos en la atención al TMG*  
Cañamares Yelmo, J.M  
Director de la Mini-residencia y Centro de Rehabilitación Psicosocial Getafe
3. *Intervención temprana en psicosis: ¿un nuevo paradigma asistencial?*  
Ibáñez Rojo, V.  
Hospital de Día Salud Mental, Hospital Torrecárdenas, Almería

Los Trastornos Mentales Graves (TMG), con la esquizofrenia como paradigma, deben ser el eje de la atención desde los dispositivos de salud mental sin con ello olvidar otras patologías también muy incapacitantes. Desde la llamada *reforma psiquiátrica*, ocurrida en España con cierto retraso respecto a otros países de nuestro entorno, se han consolidado en los últimos años cambios importantes en la atención a los TMG como son: un enfoque centrado en la comunidad frente a las instituciones manicomiales, el desarrollo de redes asistenciales o el énfasis en la recuperación y la rehabilitación. Además en estas dos últimas décadas se han desarrollado y afianzado tratamientos psicológicos para estas patologías, comparables con los existentes para los trastornos de ansiedad o depresión. Consolidada la desinstitutionalización, nos encontramos en una fase de reflexión y cambio respecto a la atención en salud mental como muestran iniciativas como *La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007)* o *Los procesos asistenciales para los TMG* elaborados, por ejemplo, en Andalucía (2006) o Castilla-La Mancha (2008). El presente simposio tiene como objetivo reflexionar sobre tres aspectos que consideramos claves para mejorar la atención a los TMG como son el funcionamiento de *la red de dispositivos asistenciales para los TMG*



(J. M. Cañamares), *el estado actual de la efectividad de las intervenciones psicológicas a los TMG* (R. Penadés) y *la intervención temprana en la psicosis* (V. Ibáñez), es decir, ¿desde cuándo hay que empezar a intervenir?



## **1. Tratamientos psicológicos del TMG: Eficacia y efectividad**

Penadés Rubio, R.

Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínico de Barcelona, IDIBAPS

La creciente presión que actualmente reciben los clínicos para que sus intervenciones estén basadas en evidencias experimentales y no en supuestos personales o corporativos hace indispensable el uso de técnicas suficientemente corroboradas mediante estudios de calidad, especialmente en la salud pública. Durante los últimos años hemos acumulado bastante evidencia sobre los tratamientos psicológicos en la psicosis, y en la esquizofrenia en general. En la presente ponencia se analizarán los resultados obtenidos con tratamientos psicológicos como la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva, intervenciones familiares y terapia cognitivo-conductual de los síntomas persistentes. También se analizará la evidencia experimental de otros enfoques como los tratamientos psicoanalíticos, cognitivo-analíticos y de los tratamientos dinámicos en general. En general, cabe destacar que el entrenamiento en habilidades sociales permite un aprendizaje efectivo y duradero de habilidades en los pacientes. Respecto a la rehabilitación cognitiva se producen importantes cambios en la neurocognición, al menos a corto plazo, y estos cambios llevan a una mejora del funcionamiento psicosocial en general. Las intervenciones familiares reducen claramente el índice de recaídas y las tasas de hospitalización, produciendo también mejoras inespecíficas en el funcionamiento psicosocial. Por último, la terapia cognitivo-conductual es eficaz en la reducción de los denominados síntomas positivos, obteniéndose reducciones de la intensidad y de la frecuencia, así como de la repercusión emocional de dichos síntomas. No se dispone de evidencia suficiente para los tratamientos de corte dinámico cuando se aplican a la psicosis, a pesar de la creciente tendencia al 'eclecticismo' de técnicas terapéuticas. Además de la escasez de estudios experimentales hay que destacar los problemas metodológicos de dichos estudios. Sin embargo, a pesar de haber obtenido índices fiables de eficacia para muchos tratamientos psicológicos en el campo de los trastornos mentales graves algunas cuestiones siguen aún abiertas. No se conocen con claridad cuáles son los ingredientes activos de cada intervención y se desconocen los efectos de combinar distintos tratamientos efectivos. Por último, cabe destacar las dudas razonables sobre las cuestiones de efectividad, es decir, de la generalización de los estudios a la práctica clínica rutinaria, especialmente en el contexto asistencial de nuestro sistema de público de salud.



## **2. El modelo de red y los dispositivos en la atención al TMG**

Cañamares Yelmo, J.M

Director de la Mini-residencia y Centro de Rehabilitación Psicosocial Getafe

Una vez definido el TMG por sus tres dimensiones (diagnóstico, discapacidad y duración), habría que dar cuenta de las necesidades que tiene esta población.

Aunque cada persona con TGM es diferente de otra y presenta unas características únicas y diferenciales, existen elementos comunes que sirven para presentar las principales características de estos pacientes:

- Son especialmente vulnerables, debido a sus dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Muchos de ellos presentan déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente y tienen dificultades para interactuar socialmente.
- Muchos de ellos se perciben como vulnerables e indefensos y por tanto dependen de otros para manejarse en la vida cotidiana.
- Asimismo la mayoría tienen dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral.

Las necesidades son, por tanto, múltiples y variadas, pero las principales son:

- Atención y tratamiento de la patología mental.
- Atención en crisis.
- Rehabilitación psicosocial.
- Apoyo social y apoyo a la integración comunitaria.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción por el empleo.
- Alojamiento y atención residencial comunitaria.
- Apoyo económico.
- Protección y defensa de sus derechos.
- Apoyo a las familias.

Una vez conocidas las necesidades, ¿cómo darles respuesta? El problema básico de inicio es que la organización administrativa del territorio (el Estado español en este caso), no contempla la posibilidad de dar respuestas totales desde un solo sistema (sanitario, social, legal, etc...) que cubra todas estas necesidades.



Así, la solución ha sido la creación de una red de atención comunitaria que permita la adecuada atención y el mantenimiento e integración en la sociedad de la población con enfermedades psiquiátricas graves crónicas.

Se podrían haber implantado otras alternativas (agencia para la gestión de casos de TMG, equipos flexibles de atención que cubrieran todas las demandas, dispositivos de perfiles abiertos, etc) pero la lógica administrativa ha llevado en la mayor parte de las comunidades autónomas a organizar una red sanitaria o socio-sanitaria compuesta por diferentes recursos y un proceso consistente en un “itinerario” del paciente por la red, ajustando el tipo de recurso que interviene en cada momento a sus necesidades.

Y en este modelo es en el que nos vamos a centrar, para explorar sus capacidades y sus debilidades.

El modelo de red debe tener necesariamente una serie de características:

- Debe componerse de recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales.
- Con una cabeza rectora o eje vertebrador que organice el itinerario del paciente por la red.
- Con dispositivos específicos que intervengan en las diferentes áreas de necesidad.
- Con una coordinación eficaz entre los diferentes elementos de la red.
- Con la participación de diferentes disciplinas trabajando en equipo.

Realizaremos un análisis de cada uno de estos elementos, valorando sus posibilidades y dificultades y reflejando la situación actual y la evolución previsible, con las soluciones que deben implantarse para que el modelo pueda ser operativo.

### ***3. Intervención temprana en psicosis: ¿un nuevo paradigma asistencial?***

Ibáñez Rojo, V.

Hospital de Día Salud Mental, Hospital Torrecárdenas, Almería

La mayoría de los casos de psicosis aparecen en los servicios de atención a la salud mental cuando llevan años de sufrimiento personal y familiar. En esas situaciones se ha producido un grave deterioro de la vida familiar y social,



y de la integración educativa o vocacional de las personas con psicosis. El primer contacto con la asistencia puede estar relacionado con el consumo de drogas o problemas con la justicia, y en demasiadas ocasiones se produce de forma involuntaria. Las personas jóvenes con estos trastornos no se enganchan en los dispositivos asistenciales y abandonan los tratamientos produciéndose una tasa muy alta de reingresos y suicidios los primeros años. La duración de la psicosis sin tratar y la evolución de los 3-5 primeros años de la enfermedad han demostrado ser determinantes para el pronóstico.

Por ello son necesarias programas para detectar la psicosis de forma precoz, reduciendo el periodo de enfermedad sin tratar y programas de tratamiento asertivo que aseguren durante los cinco primeros años intervenciones adecuadas. Estas deben orientarse a la recuperación de la vida educativa o vocacional de los y las jóvenes y a que ellos y sus familias se sientan apoyadas y partícipes del proceso de ayuda. En otros lugares se han llevado a cabo este tipo de programas con éxito demostrando su efectividad. Para implantar este nuevo paradigma de la atención es necesaria la implicación de la sociedad en su conjunto ya que supone un cambio en la visión y el conocimiento de la psicosis tanto en los ámbitos asistenciales y educativos como por parte de los jóvenes y sus familias. En la ponencia se presentan los programas de intervención que se están llevando a cabo en el Estado y las propuestas del PISMA y del grupo de consenso de la AEN.

# MESAS REDONDAS

---







## **Intervenciones en el ámbito de la psicología de la salud**

Coord: Vázquez Rodríguez, M.I.

Universidad de Santiago de Compostela

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 11:30 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

1. Intervención psicológica en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal  
García Vega, E.  
Universidad de Oviedo
2. La Psicooncología: Perspectivas y desafíos actuales  
Cruzado, J.A.  
Universidad Complutense de Madrid
3. Intervención psicológica en problemas de salud a través de Internet  
Vallejo, M.A.  
UNED



## **1. Intervención psicológica en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal**

García Vega, E.

Universidad de Oviedo

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un desorden crónico del tracto digestivo que incluye dos patologías, la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. Aunque se han hecho avances en la comprensión de estos trastornos, su etiología es aún desconocida. En la práctica clínica se observa una discrepancia entre la actividad y severidad de la enfermedad y la referencia subjetiva del paciente de sus síntomas. Esta discrepancia no puede ser explicada morfológicamente por lo que se alude a la influencia de factores psicosociales. En este estudio se revisan las estrategias de tratamiento psicológico en la EII (psicoterapia de apoyo, biofeedback, manejo de estrés), aunque la escasa investigación hasta el momento no permite concluir sobre la eficacia de las mismas. Se describe la experiencia de una intervención con manejo de estrés en pacientes con Enfermedad de Crohn.

## **2. La Psicooncología: Perspectivas y desafíos actuales**

Cruzado, J.A.

Universidad Complutense de Madrid

La Psicooncología es el campo dedicado a los aspectos psicológicos relativos a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y la etiología del cáncer, así como la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, y la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad. El objetivo de esta ponencia es exponer la aplicación de la Psicología al cáncer y las líneas de desarrollo profesional en esta área. Se abordan los aspectos psicológicos a los que se enfrentan las personas diagnosticadas de cáncer y sus familiares. A continuación se abordan las funciones del psicólogo en; a) la prevención del cáncer; b) el adecuado *screening* o detección precoz del *distress* o malestar emocional de los pacientes de cáncer, así como el de sus familiares. En la actualidad, los datos revelan que si bien algo más del 40% de los pacientes de cáncer requiere atención psicológica, sólo un 10% la recibe; c) la evaluación y tratamiento psicológico en la preparación para los tratamientos de cirugía, quimioterapia, radioterapia y otros, d) la atención a los pacientes con cáncer hereditario; e) el entrenamiento en habilidades



de comunicación al personal sanitario; f) la intervención para controlar estrés profesional y prevenir el burnout; g) la atención psicológica a los supervivientes del cáncer; h) Por último, se aborda la valoración de los tratamientos psicológicos en el cáncer, los tratamientos de counselling, relajación, intervención en crisis, terapia de revelación y cognitivo-conductuales han reunido suficiente corroboración empírica que prueba su eficacia, son intervenciones aceptadas y reclamadas por los pacientes y sus familiares, y pueden aportar una disminución del gasto sanitario a largo plazo..

### ***3. Intervención psicológica en problemas de salud a través de Internet***

Vallejo, M.A.

UNED

El tratamiento psicológico se ha mostrado como una alternativa terapéutica, empíricamente validada, de los principales trastornos emocionales y enfermedades médicas. En ellas el comportamiento del paciente y su adaptación al contexto psicosocial y a las limitaciones de su enfermedad, tienen, como es sabido una especial importancia, que es abordada eficazmente mediante psicoterapia.

Una parte importante de estos tratamientos psicológicos se fundamenta en información facilitada a los pacientes y técnicas concretas que debe aplicar de forma controlada y supervisada. Estos procedimientos fueron en el pasado aplicados de forma que el paciente podía autoaplicarse parte del tratamiento, siguiendo guías sistemáticas. Estos programas eran controlados mediante contactos clínicos convencionales, y con el uso del teléfono.

Las nuevas tecnologías de la comunicación y de la información constituyen un instrumento que se adecua bien a este tipo de intervenciones. El uso del ordenador a través de Internet, se ha mostrado útil en ensayos clínicos controlados en diversos trastornos: problemas de ansiedad, del estado de ánimo, trastornos del comportamiento alimentario, trastornos adictivos, dolor crónico, etc.

Las aplicaciones en esta área tienen evidentes limitaciones pero también grandes ventajas, al favorecer la diseminación y estructuración de las intervenciones. Permiten también ofrecer un tratamiento especializado que complementa el tratamiento convencional, no multidisciplinar, en determi-



nados problemas. Así da la oportunidad que un equipo especializado llegue a personas a las que sería imposible atender de otro modo.

Las peculiaridades y limitaciones de este tipo de tratamiento psicológico abarcan aspectos técnicos: adaptación de instrumentos de evaluación y diagnóstico, ajuste de los programas de tratamiento y de comunicación terapéutica, integración con otros tratamientos convencionales y aspectos éticos y legales.

En esta intervención se abordaran los aspectos señalados más arriba y se expondrán los resultados más relevantes en este campo. Se expondrán además los resultados de algunas investigaciones realizadas en España sobre la búsqueda de ayuda psicológica a través de Internet y el uso de cuestionarios de *screening* a través de la Web, así como de un programa de tratamiento de la fibromialgia.



## Rehabilitación en trastornos mentales crónicos

Coordinadora: Laviana Cuetos, M.

C.O.P. Andalucía Occidental

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 13:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

1. *La rehabilitación psicosocial. Perspectiva desde lo sanitario y desde lo social*

Sobrino Calzado, T.

Instituto Psiquiátrico José Germain

2. *La rehabilitación desde la perspectiva de los usuarios. Lo que recibimos y lo que nos gustaría recibir*

Arévalo López, J. M.

Coordinador de la Plataforma de Asociaciones de Usuarios de Salud Mental de Andalucía

3. *Los programas de apoyo social y la recuperación de personas con trastornos mentales graves: una visión desde Andalucía*

López Álvarez, M.

Director de programas, evaluación e investigación. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)

4. *Abordaje integral de los problemas de personas con trastorno mental grave: la rehabilitación como proceso de recuperación*

Laviana Cuetos, M.

Psicóloga clínica. Coordinadora de las Comunidades Terapéuticas del Área Virgen del Rocío. Sevilla

El objetivo es procurar abordar la problemática de las estrategias rehabilitadoras en las que se encardinan (o no) técnicas y programas de rehabilitación. Incluso, la posibilidad de cuestionar, matizar y si ello es posible, ampliar el contenido de lo que habitualmente denominamos como Rehabilitación y procurar su vinculación al concepto de recuperación y empowerment. Es decir, procurar que tengan sentido en la vida de estas personas, que las personas definan y defiendan su concepto de recuperación y establezcan sus estrategias para obtener una vida mejor.



Resituar los programas de larga duración, la importancia de abordar de forma integral la concomitancia con el consumo de tóxicos, abordar con claridad el tema de la involuntariedad /voluntariedad y concebir la rehabilitación como un proceso activo, en los que la motivación y la corresponsabilidad son absolutamente imprescindibles.

Más que hablar de “técnicas” de Rehabilitación se trata de definir conceptos más amplios referidos al impacto de la enfermedad y de los tratamientos en la vida de las personas que atendemos, y de la repercusión *en y de* su entorno.

Por otra parte, se hace imprescindible desarrollar políticas activas de validación de prácticas profesionales que son eficaces según nuestra constatación en la práctica clínica cotidiana, pero que carecen del soporte investigador que permita su comparación y su generalización. Es conveniente la cooperación entre los mal llamados *Mundo Académico* y *Mundo Profesional* para desarrollar investigaciones aplicadas encaminadas a facilitar la generalización de buenas prácticas a partir de su estudio y evaluación.

Desde la mesa se procurarán señalar las posibles estrategias generales para el abordaje de los tratamientos de larga duración para personas que padecen enfermedades mentales graves y que necesitan soportes sanitarios y sociales sólidos y bien coordinados para adquirir, desarrollar y mantener una calidad de vida digna y razonablemente satisfactoria.



## **1. La rehabilitación psicosocial. Perspectiva desde lo sanitario y desde lo social**

Sobrino Calzado, T.

Instituto Psiquiátrico José Germain

Las necesidades de las personas con enfermedad mental grave son múltiples y complejas, desbordando en la mayor parte de los casos el ámbito sanitario-psiquiátrico.

Esto supone que la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental crónica no puede descansar exclusivamente en el sistema sanitario de salud mental sino que exige la plena implicación del sistema de servicios sociales, lo cual quedó recogido en la propia Ley General de Sanidad.

En la Comunidad de Madrid esta colaboración fue reconocida, después de un largo proceso, en el Plan de Salud Mental 2003-2008, lo cual ofreció a la Consejería de Servicios Sociales la oportunidad de consolidar, organizar y planificar de forma conjunta una atención completa, global y coordinada a las personas con enfermedad mental grave y crónica, elaborando a su vez el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007.

Pero el desarrollo de estos planes ha sido muy diferente.

En el momento actual existe toda una red de servicios y dispositivos de rehabilitación dependientes de servicios sociales y muy pocos dependientes de sanidad.

En esta ponencia se revisarán diferentes aspectos que influyen en los desiguales desarrollos y las dificultades que están surgiendo, centrándose en los siguientes:

1. El concepto de rehabilitación en el sistema sanitario y en el social.
2. Implicaciones para la planificación y la asignación de recursos económicos y personales.
3. El término enfermedad mental grave y crónica. Discrepancia entre los profesionales y su implicación en los programas que se ofrecen.
4. Filosofía y principios de la rehabilitación. Las diferencias entre paciente y cliente o usuario en la era del empowerment y el recovery.



5. Factores relacionados con los profesionales que pueden garantizar una atención de calidad. Perfiles actitudinales y aptitudinales, estabilidad en el empleo, madurez personal, emoción expresada, voluntad de trabajo en equipo, concepción del trabajo comunitario.
6. El papel de los programas de continuidad de cuidados.
7. La coordinación.

## ***2. La rehabilitación desde la perspectiva de los usuarios. Lo que recibimos y lo que nos gustaría recibir***

Arévalo López, J. M.

Coordinador de la Plataforma de Asociaciones de Usuarios de Salud Mental de Andalucía

## ***3. Los programas de apoyo social y la recuperación de personas con trastornos mentales graves: una visión desde Andalucía***

López Álvarez, M.

Director de programas, evaluación e investigación. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) La presentación pretende situar el papel de los programas de apoyo social en el marco de la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves, relacionándola con el concepto de recuperación. Programas y concepto que mantienen una estrecha relación con el campo de la rehabilitación psicosocial, en los distintos sentidos de uso del término.

Para ello se resumen brevemente los principales rasgos que caracterizan hoy los distintos programas intersectoriales que englobamos bajo la denominación de programas de apoyo social, especialmente los relativos al alojamiento, al empleo y a la lucha contra el estigma y la discriminación. Y se resalta su doble papel en tanto que prolongación, por un lado, de la atención sanitaria con un fuerte componente rehabilitador y, por otro, como elementos básicos para el anclaje en la comunidad y el apoyo hacia la plena ciudadanía de las personas afectadas por este tipo de problemas. Aspectos básicos de las distintas concepciones de la recuperación, tanto en sus versiones profesionales como en las de los movimientos de usuarios y usuarias de los servicios de salud mental.



Finalmente se describe la situación en Andalucía, Comunidad Autónoma que cuenta con una red pública de servicios y programas de apoyo social, dependiente de una Fundación intersectorial (FAISEM). Se pretende mostrar con ello uno de los modelos posibles para su prestación, en el marco de la Ley y el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia.

#### ***4. Abordaje integral de los problemas de personas con trastorno mental grave: la rehabilitación como proceso de recuperación***

Laviana Cuetos, M.

Psicóloga clínica. Coordinadora de las Comunidades Terapéuticas del Área Virgen del Rocío. Sevilla

La atención integral a las personas que padecen una enfermedad mental grave, como es la esquizofrenia, supone incorporar integradamente diferentes abordajes, simultáneos y/o sucesivos, en uno o varios recursos del sistema, que van a requerir la intervención, además de otros sistemas (social, judicial, educativo...). Ello exige de partida una amplia base de acuerdo y de consenso sobre un espacio común necesariamente compartido entre diferentes profesionales, con usuarios y familiares.

La práctica generalizada del sistema sanitario en la atención a las personas con diagnóstico de Esquizofrenia, se basa en ofertar desde el inicio atención psicofarmacológica, y por lo general, se dejar “para cuando no se recupera, o cuando está deteriorado” (¿?) la derivación hacia recursos y /o programas especializados de rehabilitación, entendiendo esta como algo diferente y ajeno al proceso terapéutico.

El modelo comunitario, pese a su filosofía centrada en la comunidad, todavía se sustenta bajo una concepción hospitalocéntrica de la prioridad asistencial: la distribución de usuarios por profesional, por patologías, por edades... con independencia del tipo de intervención que se realice, lo presenta una fotografía en la que los psiquiatras “atienden” a más pacientes que los psicólogos, y el resto de los profesionales, “ayudan” a la atención...

No es raro observar que los criterios de derivación a programas y o dispositivos de Rehabilitación se basen en la constatación, de que *ya no se puede hacer nada con este paciente*, y los pacientes deben esperar, en una lógica perversa, a ir empeorando para tener la oportunidad de recibir algún programa intensivo de Rehabilitación.



La mayor parte de las veces, estas derivaciones se realizan bajo una óptica uniprofesional, por lo general del psiquiatra o del psicólogo clínico, sin que exista una propuesta razonada del equipo y una valoración ponderada de sus diferentes integrantes, y con escasa información y participación de los propios usuarios y sus familiares.

La propuesta de recuperación de estas personas radica en el establecimiento de un programa de trabajo bien ajustado a la realidad de cada una de ellas, consensado con ellas, respetuoso con sus valores y necesidades, y aportando “la mejor tecnología” conocida por profesionales bien formados y competentes: La mayor parte de la propuesta psicosocial, tratamiento de primera línea para esta población, no forman parte de la oferta generalizada porque o bien es desconocida por una gran mayoría de los clínicos, o es desvalorizada por su consideración de terapia psicológica.

Los administradores sanitarios aún no han encontrado una fórmula que les permita incorporar indicadores cualitativos en los que se contemple la compleja actividad que se supone a un programa de intervención terapéutica de diseño y ejecución multidisciplinar e intersectorial. Esa es una tarea en la que también debemos empeñar esfuerzos.



## **Adicciones y dependencias en el siglo XXI**

Coord. Emilio Moreno San Pedro (Universidad de Huelva)

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 19:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

1. Marco epidemiológico del consumo actual de sustancias  
Lozano Rojas, O.M.  
Universidad de Huelva
2. Dependencia a grupos de manipulación psicológica  
Almendros, C., Carrobbles, J.A.  
Universidad Autónoma de Madrid.
3. Socioadicciones  
González, V.  
AIS: Atención e Investigación de Socioadicciones (Barcelona)



## **1. Marco epidemiológico del consumo actual de sustancias**

Lozano Rojas, O.M.

Universidad de Huelva

La afirmación *‘el consumo de drogas constituye actualmente uno de los principales problemas con consecuencias sociales y para la salud de la población’* o afirmaciones similares, son probablemente de las expresiones más repetidas en el ámbito sociosanitario especializado y también entre la opinión pública. Sin dejar de ser ciertas estas afirmaciones, las mismas requieren de un análisis comprensivo y constructivo sobre su significado que, más allá de la alarma social que generan, sirvan para planificar campañas preventivas y diseñar estrategias de intervención orientadas a mejorar la calidad de vida de los consumidores.

En este sentido, la epidemiología y las técnicas empleadas para la recogida de datos en el ámbito de las drogodependencias juegan un papel fundamental para la comprensión del consumo de drogas. Sólo una medición precisa del fenómeno permite tener un punto de partida sólido para su intervención.

Es por ello que en la presente ponencia se propone un repaso acerca de la metodología que se sigue en la estimación del consumo de drogas y su alcance en la salud pública. Para ello, se comenzará con la propia definición de consumo de drogas bajo el punto de vista epidemiológico, hasta alcanzar una perspectiva sobre cómo se consiguen hacer las estimaciones de consumo de drogas y consumo problemático a nivel mundial.

Este repaso irá acompañado de datos publicados en informes y revistas especializadas que permita ofrecer una visión general y personal del alcance que el consumo de las diferentes drogas tiene sobre distintos segmentos poblacionales.

## **2. Dependencia a grupos de manipulación psicológica**

Almendros, C., Carrobles, J.A.

Universidad Autónoma de Madrid

El estudio de las sectas, nuevos movimientos religiosos o grupos de manipulación psicológica, como se han denominado, adquiere relevancia a partir de la inquietud social que suscitan las actuaciones de algunos de estos grupos. Ciertos acontecimientos dramáticos relativos a las sectas, como las “inmo-



laciones colectivas”, aun siendo poco representativos de la problemática social en cuestión, han provocado una difusión mediática más o menos proporcionada a la magnitud del evento. La perplejidad que provocan estos episodios puntuales acrecienta la búsqueda de explicaciones sobre cómo determinadas personas pueden llegar hasta el extremo de perder la vida o amenazar la de otros en aras a supuestos “imperativos morales” dictados por un líder o un grupo.

Existe un escaso acuerdo acerca de lo que puede constituir un cuadro coherente de los síntomas experimentados por los miembros de una secta. Entre los constructos teóricos propuestos en este sentido, destaca el basado en criterios de despersonalización, que enfatiza los cambios experimentados por el miembro sectario a raíz de las prácticas manipulativas ejercidas por el grupo, en términos de la duplicidad ocasionada por el desarrollo de una “pseudo-personalidad sectaria” (Ash, 1985; Clark et al., 1981; West y Singer, 1980) que coexistiría con la personalidad previa del individuo. Sus propulsores creyeron obtener respaldo con la inclusión en el DSM-III-R (APA, 1987) de un apartado residual en la categoría diagnóstica del “Trastorno Disociativo Atípico”. Este trastorno, que se presumió que iría evolucionando en sucesivas ediciones del Manual Diagnóstico de la APA, se ha mantenido invariable en el transcurso del tiempo. Otros autores han destacado como característica esencial de estos grupos, la dependencia que suscitan en sus miembros. En este sentido, y de forma particularmente intensa en España, se ha comparado el fenómeno de la adicción a sustancias con la adicción a sectas (Jansá, 1998; Jiménez, 1997; Rodríguez-Carballeira y González, 1989) e, incluso, se ha adoptado un modelo de adicciones para explicar la problemática sectaria (Cubero, 2001; Rodríguez, 2000), que han pasado a ser denominadas por algunos de estos autores como “Adicciones Sociales”. Estas y otras aproximaciones al fenómeno sectario serán discutidas en el presente trabajo, comentando sus posibles ventajas e inconvenientes para el abordaje desde la Psicología de las consecuencias clínicas o patológicas que para los individuos puede tener la experiencia del fenómeno de las sectas abusivas y manipulativas.



### **3. Socioadicciones**

Vega González

AIS: Atención e Investigación de Socioadicciones (Barcelona)

Las Socioadicciones son trastornos de dependencia vinculados a actividades humanas diversas y generalmente placenteras, no relacionados con el consumo de sustancias químicas. La mayoría de estas actividades, como el trabajo, la compra, etc. son socialmente aceptadas y en algunos casos valoradas y potenciadas lo que comporta una especial dificultad para la detección de situaciones socioadictivas en sus primeras etapas.

Se caracterizan por la pérdida de control sobre una determinada actividad o conducta, de la que el individuo es dependiente, cuando su dedicación compulsiva afecta negativamente diversas esferas de su vida. Son trastornos que progresan a lo largo del tiempo provocando cambios emocionales, sociales y físicos que se acumulan y persisten mientras mantiene la actividad generadora de la dependencia.

Es un fenómeno que va en incremento en la sociedad actual y su gravedad varía en función de la naturaleza y la intensidad, con etapas que van desde el abuso, en el que todavía existe control de la actividad, hasta la adicción en estadio avanzado.

La experiencia profesional de AIS, desde hace 30 años, en el campo de la dependencia a grupos de manipulación psicológica ha permitido que se detecten y puedan tratarse estos trastornos, ya que ambos fenómenos sociales tienen características similares, tanto en clínica como en comportamiento.

Las primeras demandas de tratamiento llegaron a AIS en el año 2001 y la casuística sigue aumentando.



## **Aspectos de especial compromiso en la práctica clínica. Exigencias éticas, legales y de autocuidado**

Coordinador: Acosta Quintero, J.

C.O.P. Andalucía Occidental

### *1. El consentimiento informado en Psicología Clínica*

Del Río Sánchez, C.

Universidad de Sevilla. Presidenta de la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Psicología de Andalucía Occidental. Vice-presidenta de la Comisión Deontológica Estatal

### *2. Evaluación clínica vs. evaluación forense: Implicaciones del traspaso de la evaluación clínica al campo forense*

Arce Fernández, R.

Catedrático de Psicología Jurídica y Forense en la Universidad de Santiago de Compostela. Director de la Unidad de Psicología Forense

### *3. El desgaste profesional del psicólogo: datos y procesos clínicos.*

Bernardo Moreno

Universidad Autónoma de Madrid



## **1. El consentimiento informado en Psicología Clínica**

Del Río Sánchez, C.

Universidad de Sevilla. Presidenta de la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Psicología de Andalucía Occidental. Vice-presidenta de la Comisión Deontológica Estatal

El respeto a la autonomía de las personas usuarias de los servicios psicológicos es uno de los principios fundamentales en los que se basan los actuales Códigos Éticos de la profesión. Este principio se fundamenta en la libertad y responsabilidad de las personas para tomar decisiones en los aspectos concernientes a su salud después de haber recibido por parte de los profesionales una información suficiente y adecuada (consentimiento informado).

En nuestro país, este derecho ha sido regulado por diferentes normas jurídicas, principalmente por la “Ley básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente”, recogiendo ampliamente en el proyecto del nuevo “Código de la Profesión de Psicología” español que se espera sea aprobado por nuestro colectivo próximamente.

En el ámbito de la psicología clínica, en el tratamiento, se espera que los clientes/pacientes puedan seleccionar adecuadamente el tipo de intervención y al terapeuta, haciendo uso de la información que se les ha proporcionado y asumiendo el control de su propia participación en la terapia. En la investigación con participantes humanos, también se espera que éstos otorguen un consentimiento válido después de haber recibido una información completa sobre los aspectos relacionados con la misma y siempre que de ella no se deriven daños o perjuicios. Los Comités institucionales de Ética, responsables de aprobar las investigaciones en las que participan seres humanos, controlan que no se vulnere ningún derecho de los participantes.

Los principales problemas que suelen plantearse respecto al principio de autonomía tienen que ver con la competencia (y la evaluación de la misma) para la toma de decisiones. La incompetencia, total o parcial, puede deberse a la existencia de algún trastorno que limite las funciones cognitivas o a una insuficiente capacidad de discernimiento o madurez psicológica (en menores de 16 años). En esos casos serán sus representantes legales quienes otorguen el “consentimiento por representación”.



## ***2. Evaluación clínica vs. evaluación forense: Implicaciones del traspaso de la evaluación clínica al campo forense***

Arce Fernández, R.

Catedrático de Psicología Jurídica y Forense en la Universidad de Santiago de Compostela. Director de la Unidad de Psicología Forense

En este trabajo se analizan las diferencias con implicaciones directas en la realización de informes forenses entre la evaluación o diagnóstico clínico y la evaluación forense. Primera, el psicólogo forense ha de sospechar simulación (American Psychiatric Association, 2002), mientras el clínico no diagnostica ésta porque no es de su interés (Rogers, 1997). Segunda, la evaluación forense está sujeta a un marco legal y procesal, y, generalmente, responde al cumplimiento de un mandato judicial (rol de imparcialidad), en tanto la evaluación clínica se sigue de las demandas de ayuda profesional de un particular (rol de ayuda), estando fijada por un acuerdo entre las partes y por las normas de la ética. Tercera, en la evaluación forense y clínica, el objeto de la evaluación es distinto. Así, el trastorno primario en la evaluación forense se dirige al daño o estado clínico con implicaciones legales, careciendo los otros trastornos de relevancia. Por su lado, en la evaluación clínica cualquier daño en la salud mental que pueda requerir de tratamiento ha de ser objeto de la evaluación. Cuarta, la evaluación forense impele el establecimiento de una relación inequívoca de causa-efecto entre el daño en la salud mental y el objeto de la acción judicial (se ha de garantizar la realidad de la causa), entretanto en la evaluación clínica la relación causa-efecto casi es indiferente asumiéndose sin contraste la causa que aporte el evaluado. Quinta, en la evaluación clínica el hallazgo de salubridad mental prácticamente no tiene interés, pero en la evaluación forense es de tanta relevancia como la enfermedad, habiendo de sospecharse, en este caso, disimulación (Arce, 2007). Sexta, los instrumentos de la evaluación clínica tradicional no son efectivos en su utilización directa en el campo forense, sino que se ciñen a unos instrumentos concretos validados para el campo forense guiados por unos protocolos específicos de actuación. Séptima, la dualidad de roles, perito y terapeuta, es incompatible porque con la práctica clínica se pierde la objetividad necesaria para la acción pericial. Octava, la labor pericial obliga al conocimiento del marco legal y procesal aplicable en el caso. Novena, la evaluación forense no tiene siempre por objeto la evaluación clínica, sino que puede dirigirse a otros aspectos como la capaci-



dad de decisión, adaptación, necesidades de los menores o las capacidades de los progenitores. En consecuencia, la evaluación clínica no es fiable y válida para el contexto forense. Por ello, las Leyes de Enjuiciamiento Civil y Penal prevén dos tipos de prueba, según esté basada en la evaluación clínica o en la forense: la documental y la pericial, respectivamente. Dotar a la prueba documental de un valor pericial puede resultar en efectos nefastos para la justicia, es contraria a la ética profesional (American Psychological Association, 1994) e incluso puede llevar a que se le exija responsabilidad civil o penal al psicólogo clínico.

### ***3. El desgaste profesional del psicólogo: datos y procesos clínicos***

Bernardo Moreno

(Universidad Autónoma de Madrid)

El desgaste profesional es un síndrome que puede afectar a profesiones muy diferentes, sanitarias, docentes, policiales y otras muchas. En general, suele presentarse preferentemente en aquellas ocupaciones que con frecuencia tienen que atender e interactuar de forma asistencial con algún tipo de usuario o “cliente” que presenta necesidades más o menos importantes e imperiosas. El modelo operativo predominante lo ha descrito como el síndrome de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Las personas con el síndrome desarrollan síntomas muy variados que interfieren negativamente en su trabajo, en su salud y en su vida personal.

En los últimos años han sido muchos los colectivos profesionales estudiados (maestros, médicos, enfermeros, etc.), pero son pocos, todavía, los trabajos que se refieren a los psicólogos. La mayoría de los trabajos realizados con psicólogos, estudian casi exclusivamente psicólogos clínicos y psicólogos docentes, con escasas referencias a otras actividades profesionales de los psicólogos. Acudiendo a la literatura, se pueden encontrar estudios referidos a psicoterapeutas, pero en esta categoría se suele incluir psiquiatras, enfermeros de salud mental, trabajadores sociales y consejeros. Curiosamente es muy poco o nada lo que se puede encontrar sobre los psicólogos organizacionales, aunque hayan sido especialmente ellos quienes más han investigado el síndrome. Probablemente estos hechos estén reflejando el dato más general, advertido por algunos autores, de que los psicólogos ra-



ramente se incluyen como objeto de sus propios estudios (Harrsh, 1983; Guy y Liaboe, 1986, Pereira, 1994).

Sin embargo, el ejercicio de la psicología es una fuente de riesgos psicosociales. La psicología es una ocupación donde el profesional mantiene una relación muy próxima con las personas a las que debe atender. Esta relación tan estrecha a menudo supone la implicación en problemas emocionales que muchas veces llegan a repercutir en su propia vida personal. Además, los conflictos entre los intereses de la organización, escuela, familia, empresa o institución, y las personas objeto de su trabajo suelen suponer dilemas personales que sobrecargan y desgastan al psicólogo.

Ante estos datos, cabe preguntarse por la extensión y los niveles del burnout del psicólogo y por la dinámica del mismo. Los datos indican que existe el problema pero que su extensión e intensidad depende fundamentalmente de variables organizacionales y de factores personales de vulnerabilidad. Por una parte no cabe duda de que está sometido a riesgos psicosociales importantes que pueden afectarle profesional y personalmente, pero también parece que puede disponer de mecanismos y estrategias de afrontamiento que le permitan un manejo adecuado de sus situaciones de estrés y de los factores de burnout propios de sus actividad profesional.

La exposición recoge datos acerca de la prevalencia del burnout en dos colectivos de psicólogos y expone algunos de los mecanismos y procesos que llevan a la aparición del burnout y de los recursos que se tienen para afrontar y detener su desarrollo y la aparición de sus secuelas.



## **Presente y futuro de la formación especializada interno residente del psicólogo clínico**

Coord. Carmen Carrió Rodríguez

Diputación de Valencia, Unidad de Salud Mental de Burjassot (Valencia)

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, 12:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

1. El PIR desde la experiencia de un residente  
Gabari Ledesma, J.M.  
Unidad Docente Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería)
2. Importancia en la formación PIR de la formación continuada e investigación  
Igalada Martínez, L.  
Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Gandia (Valencia).
3. Opciones y valores en el sistema formativo PIR  
García Alvarez, M.A.  
Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela (Galicia)



## **1. El PIR desde la experiencia de un residente**

Gabari Ledesma, J.M.

Unidad Docente Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería)

Actualmente, la especialidad de Psicología Clínica es la única que capacita a los psicólogos españoles para poder trabajar dentro del ámbito sanitario. Para conseguir dicho título, el psicólogo debe superar un examen que le permitirá cursar los tres años de formación especializada como interno residente: el PIR. Esta ponencia va a describir, a través de la visión de un residente de tercer año, los diferentes aspectos que componen este período formativo, prestando especial atención a sus principales aportaciones, ventajas, y limitaciones.

Una vez superada la prueba de acceso, comienza la residencia, que se estructura mediante un sistema de rotaciones a través de los diferentes dispositivos que componen cada Área de Salud Mental. Aunque existen algunas diferencias entre las comunidades autónomas, estos dispositivos son, entre otros: Unidad de Salud Mental Comunitaria, Unidad de Hospitalización, Rehabilitación y Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Durante su estancia en cada dispositivo, el residente estará bajo la supervisión de un tutor que actuará como referente y que se encargará de diseñar las tareas que permitan el máximo aprovechamiento de la rotación. Además, estos tutores están coordinados con el tutor provincial de residentes, responsable de la organización y supervisión de las

rotaciones, así como de los aspectos relacionados con el programa de actividades docentes. Este tipo de actividades son fundamentales durante la residencia, ya que ofrecen al residente los conocimientos teóricos en los que va a basar su ejercicio profesional.

Respecto a las ventajas de este sistema de formación, debemos señalar que ofrece al residente una visión global del funcionamiento de la Salud Mental, permitiéndole conocer el trabajo interdisciplinar que se desarrolla en cada uno de los equipos.

Asimismo, facilita una aproximación a las diversas formas de abordar la enfermedad mental en cada una de sus etapas. Además, una supervisión adecuada facilita la asunción de un papel más activo para una persona que, no olvidemos, está en un período de aprendizaje. En cuanto a las limitaciones,



destaca, entre otras, la duración actual, de tan sólo tres años, así como el reducido número de plazas ofertadas anualmente.

## ***2. Importancia en la formación PIR de la formación continuada e investigación***

Igualada Martínez, L.

Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Gandía, (Valencia)

En cualquier faceta de la vida laboral el bagaje de conocimientos iniciales no resulta suficiente para el futuro profesional, ya que la velocidad de cambio es extraordinaria y hace falta una continua puesta al día. Además de los propios cambios científicos y tecnológicos, también se debe considerar los que se producen en la organización, necesidades y objetivos de los sistemas sanitarios.

La formación continuada permite mantener y desarrollar el talento y las capacidades de los Psicólogos Internos Residentes. Y son precisamente los conocimientos y capacidades de nuestros profesionales las que determinan la idoneidad de los servicios ofrecidos a los usuarios, que valoran cada vez más y se preocupan por la calidad de la asistencia recibida en todas sus dimensiones.

Según el programa aprobado por la CNEPC en marzo de 2003, la formación especializada en Psicología Clínica se sustenta principalmente sobre la acción práctica, complementada con una formación teórica que en sus contenidos y perspectivas la enmarca y complementa. Pero además, los especialistas en Psicología Clínica deben adquirir y manejar conocimientos teórico/prácticos sobre investigación en el campo de la salud. Para ello, a lo largo del periodo formativo, el residente desarrollará una investigación relacionada con los contenidos de la especialidad, cuyo proyecto se presentará en la primera mitad del mismo.

La Psicología Clínica, como cualquier otra disciplina sanitaria, obliga a todo el que la ejerce a un esfuerzo continuo de actualización y adquisición de conocimientos. Esto constituye una necesidad desde el punto de vista científico sin olvidar que es una obligación ética profesional.

La formación del Psicólogo Interno Residente como futuro investigador ha de irse realizando a medida que avanza su maduración durante los años de



especialización, sin menoscabo que pueda realizar una formación adicional al finalizar su período de residencia para capacitarse en un área concreta de Investigación.

### **3. Opciones y valores en el sistema formativo PIR**

García Álvarez, M.A.

Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela (Galicia)

La formación especializada en Psicología Clínica no tiene una única forma de realización. En España la formación a través del proceso definido en el programa PIR ha sido una opción fruto de la confluencia, afortunada, de diversos factores. Podía haber sido de otro modo, como otros cambios que hemos realizado en nuestra sociedad.

Determinantes objetivos (institucionales, económicos, políticos, sociológicos) crearon las condiciones para que determinados sectores profesionales y académicos de la Psicología Española definieran y materializaran un proyecto de desarrollo de la Psicología Clínica que no sólo satisfizo las necesidades formativas para una capacitación profesional especializada sino que puso la base imprescindible para la creación de una nueva especialidad sanitaria, y con ello logró una ubicación institucional de la misma que abrió todas las posibilidades futuras de desarrollo científico y profesional para la Psicología Clínica en España.

Los factores objetivos citados tan sólo suponían una posibilidad. Que hubieran facilitado el nacimiento institucional de la Psicología Clínica, inseparablemente unido al sistema PIR, necesitaba un proyecto unificador, un liderazgo reconocido y una legitimación (ideológica por supuesto). Y mucho trabajo y convicción.

Son esos valores, compartidos con muchos otros agentes sociales progresistas (y en particular con la Psiquiatría reformista) que protagonizaron el proceso de modernización de la sociedad española desde la salida de la dictadura, los que han posibilitado la unión necesaria y la voluntad imprescindible para sostener tanto tiempo el esfuerzo que requirió la creación de la Especialidad (y la defensa reciente y actual del sistema PIR como única vía de acceso a la misma).



Los citados valores y opciones creo que han de ser reflexionados y discutidos en la actualidad. Han sido el componente subjetivo que operando en las condiciones objetivas antes citadas han permitido crear la realidad actual de la Psicología Clínica Española. Han determinado los elementos estructurales del sistema PIR. Sostengo su vigencia así como su utilidad para orientarnos en situaciones de cambio como las actuales.



## **Situación actual de la especialidad sanitaria de la psicología clínica**

Coord. Consuelo Escudero

Vicepresidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica, MSC y vocal de la Junta de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, 17:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

Participantes:

D. Felipe Petriz. Director General de Universidades. Ministerio de Ciencia e Innovación

D. Miguel Javier Rodríguez, Subdirector General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad

D<sup>a</sup> Begoña Olabarria. Ex-Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica. Vocal del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, MSC

La mesa girará en torno a las reformas introducidas por las novedades legislativas, el Decreto de Especialidades en Ciencias de la Salud y el Decreto de Ordenación de las Enseñanzas Universitarias, con el objetivo de plantear en que medida afectan a la formación especializada en Psicología Clínica. En este sentido se tratará de debatir las líneas de trabajo para diseñar el recorrido sanitario desde el Grado de Psicología hasta la Especialidad.



# SESIONES CLÍNICAS

---







## **1. Un caso de tratamiento a tres bandas**

Teresa Ruiz Reglero

Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil del Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez (Huelva)

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 11:30 h.

Salón Actos de la Facultad de Ciencias de la Educación

Paciente de 10 años en la actualidad, que consultó por primera vez con cuatro años de edad, que presenta un gran problema de lenguaje. En la exploración a su llegada advertimos la presencia de dislalias tan abundantes que es prácticamente incomprensible su lenguaje, tanto por los profesionales como por la propia familia.

A ello se añade tartamudez. Además no existe control esfinteriano y se observan tics en la cara. Su retraso escolar es significativo, con dificultades de control motor.

Frecuentes rabiets. Historia familiar con múltiples eventos estresantes, tanto en el momento de la primera consulta como a lo largo del tratamiento. Las intervenciones se llevaron a cabo en Salud Mental, Servicios Sociales y Equipo de Orientación Educativa.

## **2. Exposición de un caso clínico de trastorno obsesivo compulsivo**

Rodríguez Testal, J.F., Rodríguez Mateos, M. P., Benítez Hernández, M.M.  
Universidad de Sevilla

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 17:00 h.

Salón de Actos de la Facultad de Ciencias de la Educación

En este trabajo nos proponemos exponer un caso clínico de una mujer de 24 años con trastorno obsesivo-compulsivo y un trastorno de personalidad por evitación. Sin embargo, pretendemos presentarlo de una manera diferente, a partir de dos grabaciones de vídeo. Una filmación inicial nos sirve de punto de partida para conocer el caso tal y como es explicado por la paciente. En línea con lo mencionado, pedimos a una psicóloga clínica que participase en la valoración del caso en la actualidad pero, nuevamente, realizando una grabación de vídeo. De este modo, además de presentar algunos datos



psicométricos post-test y la opinión del primer autor acerca de los aspectos más beneficiosos del proceso de la terapia, queríamos una valoración ajena al caso y la intervención. Se discuten algunos aspectos psicopatológicos relativos al diagnóstico, las consideraciones actuales acerca del trastorno obsesivo-compulsivo, los aspectos relativos a la estructura de personalidad de la paciente, así como los avances desde el punto de vista terapéutico, el sentido de la remisión y la recuperación.

### ***3. La Terapia Dialéctico-Comportamental en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: Un estudio de caso***

García-Palacios, A., Moliner, R., Navarro, M.V., Botella, C.  
Universitat Jaume I de Castellón y Centro Clínico PREVI

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, 10:00 h.

Salón de Actos de la Facultad de Ciencias de la Educación

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón de funcionamiento generalizado caracterizado por la inestabilidad persistente en áreas fundamentales para el bienestar psicológico del individuo: la cognición, la afectividad, las relaciones interpersonales y el control de los impulsos. El sufrimiento intenso así como los problemas de identidad, las conductas autolesivas y los intentos de suicidio son característicos del TLP, así como las dificultades en el manejo de la vida laboral, social, familiar y personal. Este trastorno de personalidad constituye uno de los cuadros psicopatológicos más complejos y difíciles de abordar tanto desde una perspectiva farmacológica como psicológica. En los últimos años se ha producido un aumento considerable en la investigación sobre el tratamiento del TLP. Actualmente disponemos de programas de tratamiento que están demostrando cierta eficacia en el manejo del mismo. Uno de los programas de tratamiento que más apoyo empírico ha recibido es la Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT), desarrollado por la Dra. Marsha Linehan y su grupo en la Universidad de Washington (EEUU). Este programa de tratamiento cognitivo-comportamental incorpora innovaciones como el énfasis en la aceptación y el uso de técnicas de atención plena que suponen una contribución importante a la terapia de conducta. Incorpora distintos formatos de tratamiento siendo los principales la terapia individual y la terapia grupal. Se trata de un tratamiento guiado por una jerarquía de objetivos terapéuticos más que por un manual.



Nuestro equipo de investigación en la Universitat Jaume I ha adaptado la DBT para población española. Estamos realizando un ensayo clínico controlado para validar este programa en población española con un diagnóstico de TLP y trastorno de la conducta alimentaria. En esta sesión clínica describiremos dicho programa de tratamiento y su aplicación en un caso diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa que ha sido atendido en el centro clínico PREVI de Valencia.

#### ***4. Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno de pánico con agorafobia: exposición de un caso clínico***

Raquel Remesal Cobreros

Hospital Juan Ramón Jiménez, (Huelva)

Sábado, 29 de Noviembre de 2008, 10:00 h.

Aula 10.6 de la Facultad de Humanidades

Varón de 35 años. Soltero, con pareja estable con la que convive desde hace 2 años. Maestro de profesión. Ejerce su actividad en un Colegio de la Localidad en la que reside. Sin antecedentes personales somáticos de interés. Describe la primera crisis de pánico hace 6 años, en el contexto de consumo de alcohol y hachís. Señala las palpitaciones como síntoma principal y causante de miedo intenso a sufrir un ataque cardíaco. La imposibilidad de control deriva en el desplazamiento al hospital más cercano, donde le prescriben alprazolam y cuya pauta mantiene durante 3 semanas. Desde entonces no sale a la calle sin esta pastilla, teniendo que recurrir a la misma en determinadas situaciones que le provocan activación fisiológica (p.e. ir a un partido de fútbol). Durante este tiempo se mantienen ciertas conductas de evitación y escape que no le han generado importante dificultad o deterioro en sus actividades de la vida diaria. Cinco meses antes de pedir ayuda reaparecen las crisis, presenciando un partido de fútbol en el campo. Desde entonces se han extendido a otros contextos: comercios, colas de banco, situaciones sociales, domicilio... ante lo que está respondiendo más activamente con conductas de evitación y escape. Ello está suponiendo una importante limitación en su vida, con leve afectación del estado de ánimo, déficit de autoestima y disminución significativa del rendimiento académico y profesional, por lo que él mismo decide solicitar ayuda profesional para hacer frente a su problema. Se describen las sesiones de evaluación y el



programa de tratamiento llevado a cabo. Se utilizan técnicas de corte cognitivo-conductual entre las que se incluyen: psicoeducación, entrenamiento en respiración y relajación, técnicas cognitivas y técnicas de control de conductas de evitación, incluyendo la exposición interoceptiva y a situaciones temidas.

# COLOQUIO

---







## **La psicología clínica universitaria en España: orígenes y curso de la segunda fase**

Coordoordinador: Vicente Pelechano

Universidad de La Laguna

Ponentes:

E. Echeburúa, Universidad del País Vasco

A. Belloch Universidad de Valencia

F. Revuelta Universidad de Huelva

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 19:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

Se ofrecerá una visión de los pasos y secuencias que se han dado para la constitución de la psicología con especial insistencia en la psicología clínica en España en el nivel universitario. Desde 1968 se constituyen enseñanzas especializadas de psicología que comienzan en Madrid y Barcelona. Y, poco después, en otras universidades hasta convertirse en un fenómeno generalizado que recorrió casi todo el territorio nacional. En una primera fase se trataba de gestar profesores de psicología en la medida en que no había personal suficientemente cualificado para satisfacer las demandas del alumnado (básicamente saber leer psicología, explicar y hacer un poco de psicología). En una segunda fase, se trató de generar investigación y abrir el camino de la especialización (distinto en función de las distintas especialidades psicológicas y con distintos problemas en cada caso; saber investigar en psicología y comenzar a trabajar en las especialidades). El tercer nivel es el de la especialización profesional asentada sobre una base científica, en la que nos encontramos. Se revisará el punto de partida (que comenzó hacia 1950) y la evolución de la llamada "tercera generación de profesores de psicología en España, básicamente Yela, Pinillos, Siguan y Secadas (sobre la acción de Germain y Mallart, por poner dos ejemplos representativos) para ir desgranando la aparición de nuevas personas hasta 1982 y las incidencias administrativas, junto con los intentos de aunar criterios de formación. Asimismo, se enunciarán algunos de los problemas endémicos que tenía y tiene planteados la psicología clínica española y la que no es clínica (presupuestos, cualificación, originalidad-devaluación de lo propio, mimetismo exterior, etc.), con una referencia a las autonomías y la "nueva era".



TALLER

---







## ***Terapia cognitiva del trastorno obsesivo-compulsivo***

Cabedo Barber, E.<sup>1</sup>, Carrió Rodríguez, C.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> CSM Foios. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Agencia Valenciana de Salud

<sup>2</sup> CSM Burjassot. Hospital Arnau de Vilanova. Agencia Valenciana de Salud

Sábado, 29 de Noviembre de 2008, 10:00 h.

Aula 9.5 de la Facultad de Humanidades

### **Objetivos:**

- Actualización en la evidencia científica sobre la Terapia Cognitiva del TOC
- Familiarización con los elementos clave del Programa de tratamiento cognitivo específico para el TOC que se plantea, sus objetivos y los procedimientos para alcanzarlos.
- Conocimiento de los resultados obtenidos por nuestro grupo con dicho programa.

En el taller se planteará la necesidad de progreso en el tratamiento del TOC que se hacía evidente en los años 90, ante los resultados de las terapias disponibles. El desarrollo de las teorías cognitivas y la terapia derivada de éstas, ha aumentado y mejorado el arsenal terapéutico al respecto. Se presentará la evidencia científica en estos puntos.

Se describirán brevemente algunos nuevos instrumentos, especialmente útiles para medir variables relevantes en el TOC.

Se presentará y ejemplificará, asimismo, un programa de terapia cognitiva para el trastorno obsesivo-compulsivo, que siguiendo las directrices de la literatura científica fue elaborado por el grupo de investigación de la Universidad de Valencia al que pertenecen las ponentes y que dirige la Dra. Amparo Belloch, y se viene aplicando en varios CSM de la Agencia Valenciana de Salud durante los últimos 8 años. Aborda las principales dimensiones de creencias relevantes en este caso, utilizando técnicas cognitivas. Por último, se resumirán los resultados que se ha ido obteniendo en la aplicación de dicho programa en diversos aspectos de interés.



# SESIÓN DE COMUNICACIONES LIBRES

---







## Retos actuales en psicología de la salud

Coord: Alma Martínez (Servicio Andaluz de Salud)

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 11:30 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

1. *Evaluación del impacto de un programa motivacional breve para la moderación del consumo de alcohol en formato grupal e individual en estudiantes universitarios*

Gantiva Díaz, C.A.

Universidad de San Buenaventura, Bogotá (Colombia)

2. *Búsqueda de Sensaciones y Consumo de Alcohol en Adolescentes Mexicanos*

Palacios Delgado, J.R.

Universidad Nacional Autónoma de México (México)

3. *Relación entre trastornos del comportamiento alimentario y diabetes*

Alvarez Arroyo, S., López De Vinuesa, B.

Equipo de Salud Mental de Llerena (Badajoz)

4. *Valoración psicológica de pacientes para el implante de sistemas de neuroestimulación*

Merayo Alonso, L.A., López-Millán Infantes, J. M.

Unidad del Dolor, Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

5. *Descripción de características clínicas e indicadores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia*

Merayo Alonso, L.A., Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Sevilla

6. *Sintomatología de Estrés Postraumático en Pacientes con Cáncer*

Costa Requena, G<sup>1</sup>; Ballester Arnal, R.<sup>2</sup>; Gil Moncayo, F.L.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Psiquiatría. Hospital de Mataró (Barcelona)

<sup>2</sup> Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universidad Jaime I (Castellón)

<sup>3</sup> Unidad de Psico-Oncología. Hospital Duran i Reynals (Barcelona)



### ***1. Evaluación del impacto de un programa motivacional breve para la moderación del consumo de alcohol en formato grupal e individual en estudiantes universitarios***

Gantiva Díaz, C.A.

Universidad de San Buenaventura, Bogotá (Colombia)

CGantiva@usbog.edu.co

El objetivo de esta investigación fue evaluar las diferencias en el impacto sobre el nivel de consumo de alcohol de dos programas basados en la entrevista motivacional en formato grupal e individual en estudiantes universitarios consumidores excesivos de alcohol, para esto se llevó a cabo una investigación de tipo empírico analítica con un diseño de tipo cuasiexperimental de dos grupos con medida pre y post tratamiento, el primero de los grupos recibió cuatro sesiones de entrevista motivacional en formato individual, el segundo grupo las recibió en formato grupal. Para identificar el nivel de dependencia y la frecuencia e intensidad del consumo de alcohol antes y después de la intervención se aplicó el BEDA (Breve Escala para la Dependencia al Alcohol), el LIBARE (Línea de Base Restrospectiva del Consumo de Alcohol) y autorregistros de consumo. La investigación se llevó a cabo con 48 participantes distribuidos en dos grupos, cada uno con 24 participantes. Los resultados indican cambios significativos en el nivel de dependencia y en la frecuencia e intensidad de consumo pre y post intervención, sin embargo, no se evidencian diferencias significativas en los resultados entre los grupos, lo cual indica un nivel de efectividad similar en la aplicación de la entrevista motivacional en formato grupal o individual. Sin embargo, la aplicación grupal implica menores costos en términos económicos, de recursos humanos y de espacios físicos, esto permite concluir la posibilidad de diseminación de este tipo de programas gracias a su efectividad en terapia a grupos.

### ***2. Búsqueda de Sensaciones y Consumo de Alcohol en Adolescentes Mexicanos***

Palacios Delgado, J.R.

Universidad Nacional Autónoma de México (México)

kobuj@yahoo.com.mx

El consumo de alcohol es una de las conductas mas prevalentes entre los adolescentes mexicanos y contribuye en varios problemas de salud. El obje-



tivo de la presente investigación fue determinar la influencia de la búsqueda de sensaciones en el consumo de alcohol en una muestra de adolescentes mexicanos. Se seleccionó una muestra de 550 jóvenes, 260 hombres y 290 mujeres, entre 14 y 23 años, estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México. Para medir la búsqueda de sensaciones se utilizó una nueva escala tipo likert de ocho dimensiones que mide este constructo. Los índices de consistencia interna del instrumento oscilan entre .71 y .92. El consumo de alcohol se evaluó al preguntar si habían consumido alcohol alguna vez en su vida, la edad de inicio de consumo, la frecuencia, cantidad y el consumo excesivo. Los resultados señalaron que existen diferencias entre hombres y mujeres en la búsqueda de sensaciones, así como el consumo de alcohol. Los análisis de regresión mostraron que la búsqueda de sensaciones influye en la edad de inicio del consumo de alcohol, la frecuencia y cantidad de consumo, así como en el consumo excesivo del mismo. La dimensión que explica más varianza (13%) es la búsqueda del placer; dimensión relacionada con la desinhibición. La discusión enfatiza la importancia de la búsqueda de sensaciones y de sus dimensiones en el consumo de alcohol, así como el desarrollo de programas de prevención utilizando este rasgo de personalidad.

### ***3. Relación entre trastornos del comportamiento alimentario y diabetes***

Alvarez Arroyo, S., López De Vinuesa, B.  
Equipo de Salud Mental de Llerena (Badajoz)  
snickalvarezarroyo@gmail.com

En esta exposición, pretendemos analizar la relación existente entre los trastornos del comportamiento alimentario y la diabetes mellitus tipo 1, por considerarla de gran importancia debido a su alta prevalencia encontrada en los últimos estudios realizados. Nos detendremos a estudiar las prácticas utilizadas por estos pacientes, los factores etiológicos (haciendo hincapié en los factores familiares más relevantes), pronóstico, complicaciones asociadas y comorbilidad.



#### ***4. Valoración psicológica de pacientes para el implante de sistemas de neuroestimulación***

Merayo Alonso, L.A., López-Millán Infantes, J. M.

Unidad del Dolor, Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

luismerayo@hotmail.es

Las técnicas de neuroestimulación eléctrica junto con las técnicas de infusión intratecal de fármacos, son el abordaje de elección para el tratamiento del dolor crónico refractario a otras terapias. La selección escrupulosa de los pacientes es un factor crítico en la predicción del éxito clínico de este tipo de terapias. La mayoría de expertos coinciden en que los factores psicológicos del paciente con dolor crónico deberían ser evaluados como parte de la intervención terapéutica antes de la realización de la técnica en el marco de un abordaje multidisciplinar. En esta comunicación aportamos las razones que subrayan la necesidad de evaluar el perfil psicológico del paciente tributario de un sistema implantable de neuromodulación. Exponemos los objetivos, los criterios de selección, las estrategias de evaluación y el algoritmo de decisiones. Creemos que la preparación psicológica del paciente con dolor crónico candidato al tratamiento mediante sistemas implantables podría ser un objetivo importante a tener en cuenta antes y después de las técnicas de implante para aquellos pacientes con mejor pronóstico de adaptación.

Finalmente, se ofrecen las conclusiones y orientaciones para fomentar una mejor aplicación de los programas de selección de pacientes en pacientes tributarios de este tipo de técnicas.

#### ***5. Descripción de características clínicas e indicadores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia.11***

Merayo Alonso, L.A., Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Sevilla

luismerayo@hotmail.es

El propósito de este estudio descriptivo fue evaluar el estrés emocional y la calidad de vida relacionada con la salud específica en 72 personas diagnosticadas de síndrome de fibromialgia según los criterios de ACR, que formaron



parte de un ensayo clínico aleatorizado y controlado observando si existe relación entre estas variables y si el distres emocional está linealmente asociado con el impacto de la enfermedad (FIQ). Para ello se utilizó el cuestionario de impacto de la enfermedad (FIQ) y el cuestionario de Golberg.

Todas las dimensiones del cuestionario de Golberg (ansiedad, depresión, síntomas somáticos y disfunción social) se relacionaron con el impacto de la enfermedad y la baja calidad de vida general de estos pacientes. Los valores más altos del FIQ se relacionan con la dimensión de ansiedad, independiente de la práctica de ejercicio físico. Por otro lado, sólo las dimensiones de ansiedad y depresión del cuestionario de Golberg predijeron de forma significativa la calidad de vida específica de estos pacientes.

Los resultados encontrados confirman la importancia de considerar los factores psicológicos sobre la percepción del impacto de enfermedad, no solo por las puntuaciones obtenidas en estas escalas sino por la correlación entre ellas, que consolidan un patrón de calidad de vida particularmente asociado a factores cognitivos, emocionales y sociales.

Finalmente, se brindan las conclusiones y se ofrecen orientaciones para futuras investigaciones vinculadas a dicha temática.

## ***6. Sintomatología de Estrés Postraumático en Pacientes con Cáncer***

Costa Requena, G<sup>1</sup>; Ballester Arnal, R.<sup>2</sup>; Gil Moncayo, F.L.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Psiquiatría. Hospital de Mataró (Barcelona)

<sup>2</sup> Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universidad Jaume I (Castellón)

<sup>3</sup> Unidad de Psico-Oncología. Hospital Duran i Reynals (Barcelona)

[gcosta@cscdm.cat](mailto:gcosta@cscdm.cat)

**Introducción:** El diagnóstico o tratamiento de una enfermedad oncológica puede ser identificado como un acontecimiento que desencadena sintomatología de estrés postraumático al suponer una amenaza a la integridad física de la persona.

**Método:** Se evaluó a un total de 494 pacientes con cáncer. El 52% (n= 257) eran mujeres. La mayoría 27,7% (n= 137) recibieron el diagnóstico hace más de 12 meses, mientras el 6% (n= 29) lo recibieron hace menos de un mes. Los tumores más frecuentes se localizaron en órganos respiratorios 20,6% (n=



102), mama 21,9% (n= 108) y gastrointestinales 20,2% (n= 100). A todos los pacientes se les evaluó con las escalas de sintomatología de estrés postraumático PCL-C (Weathers, et al., 1994), calidad de vida MOS SF-36 (adaptación española Alonso et al., 1995) y malestar emocional, HADS (Zigmond & Snaith, 1983). Se calcularon medidas de tendencia central y correlaciones bivariadas entre las dimensiones de las escalas.

**Resultados:** La prevalencia de sintomatología del trastorno de estrés postraumático se sitúa alrededor del 10% (puntuación total PCL-C > 44, Blanchard et al., 1996). No aparecen correlaciones significativas entre tiempo desde el diagnóstico y sintomatología de estrés postraumático ( $r= 0,05$ ). Las puntuaciones son negativas y significativas ( $p<0,01$ ) entre las dimensiones de calidad de vida (MOS SF-36) y PCL-C: función física ( $r= -0,27$ ), rol físico ( $r= -0,20$ ), dolor ( $r= -0,29$ ), salud general ( $r= -0,49$ ), vitalidad ( $r= -0,41$ ), función social ( $r= -0,51$ ), rol emocional ( $r= -0,59$ ) y salud mental ( $r= -0,64$ ). Se señalan correlaciones significativas entre malestar emocional y sintomatología de estrés postraumático ( $r= 0,73$ ).

**Conclusiones:** El diagnóstico o tratamiento del cáncer genera sintomatología de estrés postraumático que media en la calidad de vida y malestar emocional del paciente.



## Intervenciones clínicas en problemas de salud

Coordinadora: Conxa Perpiña (Universidad de Valencia)

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 17:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

- 1. Efectividad de un programa psicoeducativo para la reducción del estrés emocional en personas con fibromialgia*  
Merayo Alonso, L.A., Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L.  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Sevilla
- 2. Diagnóstico multiaxial en pacientes dependientes de sustancias*  
Fernández, F., Gutiérrez, P, Tena, M., Arévalo, A., Vergara, E.  
Fundación Andaluza para la Atención e Incorporación Social (FADAIS)
- 3. Evaluación diagnóstica sobre el conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino: un estudio cualitativo*  
Lameiras Fernández, M., Carrera Fernández, M.V., Ricoy Lorenzo, C., Failde Garrido, J.M., Núñez Mangana, A.  
Universidad de Vigo
- 4. Evaluación de un programa de promoción de uso del preservativo femenino con un enfoque cualitativo*  
Lameiras Fernández, M., Carrera Fernández, M.V., Ricoy Lorenzo, C., Failde Garrido, J.M., Núñez Mangana, A.  
Universidad de Vigo
- 5. Intervención psicológica en pacientes con ansiedad y depresión, evaluados a través del Test de Goldberg (EADAC) que ingresan a rehabilitación cardiaca del Hospital Universitario de Caracas*  
Parada, M. I.  
Universidad Central de Venezuela, Caracas (Venezuela)
- 6. Intervención psicológica en un paciente con Esclerosis Lateral Amiotrófica avanzada del Hospital Juárez de México*  
Landa Ramírez, E.  
Universidad Nacional Autónoma de México (México)



## **1. Efectividad de un programa psicoeducativo para la reducción del distrés emocional en personas con fibromialgia**

Merayo Alonso, L.A., Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Sevilla

luismerayo@hotmail.es

**Introducción:** La presentación subclínica de ansiedad y depresión es muy frecuente en los pacientes con dolor crónico y afecta de manera importante al bienestar emocional y al estado físico de las personas con fibromialgia. Pocos trabajos han tratado de establecer mediante ensayos clínicos aleatorizados y controlados las estrategias más adecuadas para su afrontamiento clínico en este grupo de pacientes. El presente trabajo analiza la efectividad de un programa psicoeducativo para la reducción del distrés emocional.

**Método:** 24 personas con diagnóstico de fibromialgia, en grupos de 12 personas, 6 sesiones de 2 horas y 30 minutos de entrenamiento en conocimientos y las capacidades para gestionar diariamente su enfermedad. El grupo control estuvo formado por 24 personas que no completaron el programa. Los resultados del programa se valoraron (pre-post) mediante el Inventario de distrés emocional de Golberg (GHQ-24), y Cuestionario de impacto de la enfermedad (FIQ).

**Tratamiento:** Consta de 6 sesiones de entrenamiento por iguales e incluye: Manejo de síntomas, ejercicio, nutrición, Memoria, Resolución de problemas, comunicación. **Proceso:** Autoeficacia, Establecimiento de metas y Apoyo social

**Resultados:** No existen diferencias significativas entre los grupos psicoeducativo y control previamente a la aplicación del programa. Tras el tratamiento, el grupo psicoeducativo presenta puntuaciones significativamente inferiores en GHQ-24 y FIQ, respecto al grupo control. Asimismo, para las dos variables, las puntuaciones post fueron significativamente inferiores a las pre en el grupo psicoeducativo, mientras que no aparecieron diferencias en el grupo control en ninguna medida. El tamaño del efecto,  $d$  de Cohen, fue aceptable en el FIQ = 0.55.

**Conclusiones:** El tratamiento parece efectivo en la reducción de los niveles de medidas asociadas al distrés emocional entre población no clínica de



edad avanzada (aunque parece reducir peor los niveles de impacto de la enfermedad) y sugiere la utilidad de programas cognitivo-conductuales para el afrontamiento de la preocupación en este grupo de edad.

## **2. Diagnóstico multiaxial en pacientes dependientes de sustancias**

Fernández, F., Gutiérrez, P., Tena, M., Arévalo, A., Vergara, E.  
Fundación Andaluza para la Atención e Incorporación Social (FADAIS)  
fermin.fernandez@juntadeandalucia.es

El diagnóstico constituye uno de los temas fundamentales en el abordaje de las drogodependencias, y en la actualidad no se discute su importancia e interés para el tratamiento de las mismas (Markez et al, 2002),

El diagnóstico multiaxial en cinco ejes propuesto por el DSM-IV facilita un enfoque integral y holístico de la intervención clínica, permitiendo un acercamiento multidisciplinar acorde a la complejidad de los trastornos por dependencia, donde a los problemas psicopatológicos se unen, habitualmente, otros de tipo médico y social.

La instauración del diagnóstico multiaxial a través del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogodependencias y Adicciones (siPASDA) ha fomentado la colaboración interprofesional, principio fundamental de la intervención en drogodependencias. Este registro informatizado es accesible para los distintos profesionales que intervienen en el proceso terapéutico del paciente, permitiendo la consulta, el contraste y la verificación del mismo, y redundando en una mejora o mayor calidad asistencial.

Este trabajo recoge el diagnóstico multiaxial realizado en dos tipos de recursos de la Red pública Andaluza de Drogodependencias, los Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA) y las Comunidades Terapéuticas (CT), tanto de manera conjunta como comparativamente.

La muestra seleccionada ha sido extraída del siPASDA, concretamente de los protocolos de derivación a CT y a Vivienda de Apoyo a la Reinserción (N=116).

Entre los principales resultados destacar una alta presencia de trastorno en los ejes I y IV (61.2% y 76.7% respectivamente), diagnosticándose en menor medida en los ejes II y III (36.2% y 53.4%). La media en el eje V fue de 62.1.



Si comparamos el diagnóstico realizado por los distintos profesionales, las principales diferencias se aprecian en los ejes I y II, más diagnosticados en los CTA que en las CT (en torno al 20% más), En el eje V, la valoración media de los profesionales de CT es superior (64.8 vs 50.7).

### ***3. Evaluación diagnóstica sobre el conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino: un estudio cualitativo***

Lameiras Fernández, M., Carrera Fernández, M.V., Ricoy Lorenzo, C., Failde Garrido, J.M., Núñez Mangana, A.

Universidad de Vigo  
lameiras@uvigo.es

En este trabajo se realiza una evaluación diagnóstica a partir de las creencias, conocimiento, accesibilidad, actitud y viabilidad del uso del preservativo femenino, como punto de partida para el diseño e implementación de programas sobre la promoción del método. La investigación se desarrolla a través de un estudio de caso, en el contexto gallego, desde un enfoque cualitativo con la participación de 9 grupos de discusión, con un total de 83 jóvenes y adultos de edades comprendidas entre 19 y 42 años. Se pone de relieve que el preservativo femenino es un método anticonceptivo y preventivo poco conocido y escasamente utilizado, estando su accesibilidad fuertemente limitada por su precio y escasos esfuerzos de difusión. Por otra parte, comprobamos que los agentes de educación informal junto a los de educación formal son los que promueven, de forma moderada, el acceso a este método; así mismo destacan las actitudes neutras que manifiestan los/as participantes hacia el preservativo femenino. La evaluación diagnóstica realizada revela la necesidad de diseñar e implementar intervenciones educativas encaminadas a la promoción del preservativo femenino.



#### ***4. Evaluación de un programa de promoción de uso del preservativo femenino con un enfoque cualitativo***

Lameiras Fernández, M., Carrera Fernández, M.V., Ricoy Lorenzo, C., Failde Garrido, J.M., Núñez Mangana, A.

Universidad de Vigo  
lameiras@uvigo.es

Se lleva a cabo un estudio de caso centrado en la promoción del preservativo femenino en el marco del contexto gallego, planteado desde un enfoque cualitativo con la participación de 9 grupos de discusión, conformados por un total de 83 personas con una edad comprendida entre los 19 y 42 años. La investigación recoge la evaluación de un programa de intervención educativa sobre el uso de este método.

Como principales resultados y conclusiones destacar que las mujeres resaltan la satisfacción y ventajas obtenidas con la utilización del método, mientras que los hombres enfatizan sus inconvenientes. Como puntos fuertes del preservativo femenino destacan su alta resistencia a la rotura. Entre las debilidades se señalan los problemas ligados a su colocación y estética.

La evaluación del programa implementado revela la necesidad de continuar desarrollando intervenciones encaminadas a la promoción del preservativo femenino, sin excluir el empleo de otros métodos, así como a la incorporación de estrategias educativas que permitan avanzar en la eliminación de los estereotipos y roles de género.

#### ***5. Intervención psicológica en pacientes con ansiedad y depresión, evaluados a través del Test de Goldberg (EADAC) que ingresan a rehabilitación cardiaca del Hospital Universitario de Caracas***

Parada, M. I.

Universidad Central de Venezuela, Caracas (Venezuela)  
laparadita@cantv.net

Se aplicó a setenta (70) pacientes el Test de Ansiedad y Depresión de Goldberg, (eadac) adaptado por Lobo y Col. Que ingresaron, de enero a septiembre 2008, a la Unidad de Rehabilitación Cardiaca del Hospital Universitario de Caracas, para evaluar las condiciones psicológicas que se instalaron en ellos luego del evento cardiaco (infarto al miocardio, anginas, postcatete-



rismo, postoperados de cirugía cardiovascular, etc) para participar, como miembro del equipo de salud, en la modificación de sus alteraciones emocionales que se exacerban por el miedo a sufrir otro evento, por lo traumático de la situación vivida, por la impotencia que acarrea mejorar, en corto tiempo, sus condiciones de salud, modificar hábitos nocivos como el tabaquismo o el alcohol, aunado a la ansiedad que produce el obligado retiro temporal de sus trabajos, las angustias de los familiares por el deterioro económico, sexual y social. Inclusive con la presencia de trastornos de sueño. Es entonces cuando la psicóloga interviene con un Programa de apoyo psicosocial que incluye contenidos de crecimiento personal y significado de la vida y entrenamiento en técnicas de control de stress como respiración, relajación, meditación, normas de higiene al sueño, a fin de superar las secuelas emocionales y lograr asumir la vida con un nuevo concepto.

#### ***6. Intervención psicológica en un paciente con Esclerosis Lateral Amiotrófica avanzada del Hospital Juárez de México***

Landa Ramírez, E.

Universidad Nacional Autónoma de México (México)

edgar\_landa\_ramirez@yahoo.com.mx

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad crónica degenerativa, la cual se caracteriza por provocar una parálisis muscular progresiva que en sus etapas más avanzadas llega a atrofiar los músculos de la persona que la padece, impidiendo así, la realización de respuestas motoras finas y gruesas; dicha enfermedad no daña las funciones cerebrales relacionadas con la inteligencia, haciendo así que el paciente sea siempre consciente del constante deterioro que va sufriendo. A nivel cuantitativo la prevalencia e incidencia de la enfermedad no representa un problema de carácter pandémico; sin embargo, a nivel individual los estragos de la enfermedad -dependiendo del estadio en el que se encuentre- pueden causar problemas a niveles biológicos, psicológicos y sociales; algunos de los problemas que suelen presentarse son: hemiplejias, vulnerabilidad a escaras y neumonías, no aceptar la enfermedad, dificultad al ver las habilidades motoras disminuidas, problemas para aceptar el ser completamente dependiente de terceras personas, problemas de comunicación, problemas con los cuidadores primarios, problemas económicos, deseo de muerte. Es así, que se vuelve



indispensable la intervención psicológica como parte del equipo multidisciplinario que trabaja con los pacientes que tienen este padecimiento. Se presenta el caso de un paciente masculino de 42 años, con diagnóstico de ELA de 7 años de evolución, la cual ha provocado hemiplejía, deterioro en la movilidad de ambas extremidades inferiores, deterioro en las capacidades pulmonares, infección por neumonía, pérdida del habla debido a la traqueostomía, estancia hospitalaria de ocho meses, dependencia total de terceras personas para la supervivencia y problemas de interacción en el cuidador primario. Por medio de la observación directa y entrevista semiestructurada, se evaluaron las principales necesidades reportadas por el paciente y se trabajaron en cuatro áreas principalmente: 1.- Identificación de las principales necesidades de comunicación y creación de un sistema no oral en el cual se enlistan las mismas, teniendo como finalidad la comunicación del paciente con el personal de salud. 2.- Se identificaron los principales estímulos distractores para disminuir la sensación de aburrimiento y fastidio reportados por el paciente. 3.- A petición del equipo de salud, se trabajó en la evaluación de las habilidades del paciente para respirar sin ayuda del ventilador y de los pensamientos que pudieran interferir en la realización de dicha actividad. 4.-Se trabajó en la evaluación y modificación de la interacción entre el paciente y el cuidador primario ya que se reportaba enojo e intolerancia de ambas partes. Se obtuvieron mejorías en la comunicación del paciente con el personal de salud no importando si estos estaban o no familiarizados con el mismo, se reportan menores sensaciones de fastidio y aburrimiento, se encontró que el paciente aún tenía capacidad para controlar sus movimientos respiratorios, aunque estos de acuerdo a los reportes gasométricos no eran del todo correctos y se continua trabajando en la interacción del paciente con el cuidador primario. Se discute la pertinencia del trabajo psicológico con este tipo de pacientes, así como los beneficios y perjuicios del trabajo que se realiza.



## Estudios sobre psicopatología infantil

Coordinadora: Concha López Soler (Universidad de Murcia)

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 19:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

1. *Prevalencia, sintomatología y distribución del Trastorno Desafiante Oposicional en el Campo de Gibraltar (Cádiz)*

Emberley Moreno, E.<sup>1</sup>, Peregrina del Río, M.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Centro del Profesorado Campo de Gibraltar, Junta de Andalucía

<sup>2</sup>Universidad de Málaga

2. *Una experiencia de intervención terapéutica en un centro educativo: IES cerro de los infantes*

Maraver Gil, J., Gómez Becerra, I., Martín García, M.J., Molinero Roldán, J.M., Belda Grinley, C.

Fundación Márgenes y Vínculos

3. *Maltrato escolar entre iguales desde la perspectiva de la víctima, el agresor y el espectador*

Carrera Fernández, M.V., Lameiras Fernández, M.

Universidad de Vigo

4. *Estudio sobre Alteraciones Psicológicas en Población Infantil Maltratada y derivada a un Servicio Municipal de Menores*

Hódar Pérez, J.C.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I.<sup>2</sup>, Belda Grindley, C.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Equipo Tratamiento Familiar, Ayuntamiento Motril (Granada)

<sup>2</sup>Universidad de Almería

5. *Análisis diferencial de la toma de perspectiva y la teoría de la mente en niños con autismo, retraso mental y sin diagnóstico*

Gómez Becerra, I.<sup>1</sup>, Martín García, M.J.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidad de Almería

<sup>2</sup>Fundación Márgenes y Vínculos



*6. Perfiles individuales y factores sociales y familiares de menores con trastornos de conducta*

Belda Grindley, C., Gómez Becerra, I.

Universidad de Almería

*7. Alteraciones internalizantes y externalizantes en menores maltratados*

López-Soler, C., Prieto, M., Alcántara, M., Castro M., López-Pina, J.A., Puerto., J.C.

Universidad de Murcia



## ***1. Prevalencia, sintomatología y distribución del Trastorno Desafiante Oposicional en el Campo de Gibraltar (Cádiz)***

Emberley Moreno, E.<sup>1</sup>, Peregrina del Río, M<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Centro del Profesorado Campo de Gibraltar, Junta de Andalucía

<sup>2</sup>Universidad de Málaga

emberley@cop.es

El Trastorno Desafiante Oposicional (TDO) es un desajuste de la conducta que consiste en un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad familiares y sociales, de carácter persistente y que produce un deterioro y desajustes graves en el normal desenvolvimiento de la actividad familiar, en el centro de estudio, con los iguales y en la sociedad en general. En algunos niños constituye el paso inicial que culmina en el Trastorno Disocial o de Conducta de mayor gravedad y peor pronóstico.

El objetivo que nos planteamos en este trabajo fue averiguar la evolución epidemiológica del trastorno, tomando como muestra los Institutos de Educación Secundaria de la comarca del Campo de Gibraltar, en la provincia de Cádiz. Esta comarca está formada por los términos municipales de Algeciras, La Línea de la Concepción, San Roque, Los Barrios, Tarifa, Castellar y Jimena de la Frontera. Los datos obtenidos están centrados en los alumnos de Educación Secundaria Obligatoria (banda de edad entre los 12 y 16 años).

Además de la evolución de la prevalencia del trastorno, también nos planteamos estudiar la sintomatología predominante y la distribución del trastorno por edades, cursos y sexos.

Un primer estudio se realizó durante el curso escolar 2001-2002. Para tener una perspectiva longitudinal, se volvieron a repetir las mediciones en el primer trimestre del curso escolar 2006- 2007, es decir, cinco años después. Además de los resultados puntuales, se presenta igualmente un análisis comparativo entre ambos estudios



## **2. Una experiencia de intervención terapéutica en un centro educativo: IES cerro de los infantes**

Maraver Gil, J., Gómez Becerra, I., Martín García, M.J., Molinero Roldán, J.M., Belda Grinley, C.

Fundación Márgenes y Vínculos  
chusarte@hotmail.com

Este trabajo recoge la experiencia de intervención desde una perspectiva contextual-funcional con un grupo de alumnos, que exhibían conductas disociales, del primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de un instituto granadino. El equipo de tratamiento, formado por un psicólogo y una trabajadora social, llevó a cabo una intervención macrosistémica que podríamos dividir en cuatro bloques: (1) una coordinación real de los diferentes profesionales implicados en resolver los problemas de los menores, (2) sesiones individuales donde se trabajaron con algunos menores estrategias de autocontrol o control emocional propias de una metodología de conductismo clásico y con otros la aceptación de aquellos eventos privados que no pueden ser cambiados y elegir actuar en dirección a valores, (3) Pautas de Intervención con padres y (4) Resolución de conflictos con los profesores. Los resultados obtenidos pueden ser valorados como positivos aunque si bien existen ciertas cuestiones susceptibles de mejora que hemos abordado con mayor detalle en la discusión del presente capítulo.

## **3. Maltrato escolar entre iguales desde la perspectiva de la víctima, el agresor y el espectador**

Carrera Fernández, M.V., Lameiras Fernández, M.  
Universidad de Vigo  
lameiras@uvigo.es

Se presentan los resultados sobre la incidencia del maltrato escolar en Secundaria atendiendo a la perspectiva de todos sus implicados. El estudio se desarrolla en el curso 2005-2006 en cuatro I.E.S. de la ciudad de Ourense, con una muestra de 342 estudiantes (media de edad: 14.38; y rango 12-18), a la que se administró una adaptación del Cuestionario sobre Intimidación y Maltrato entre Iguales (Ortega, Mora-Merchán y Mora, 1995). Los resultados desde la *perspectiva de la víctima* manifiestan una frecuencia de maltrato que oscila entre el 2,4% de los/as estudiantes (sufren acoso escolar habitual-



mente) y el 24,1% (lo ha sufrido en alguna ocasión), mayor para las chicas (30,6%) que para sus compañeros (21,8%)

Desde la *perspectiva del agresor* la frecuencia oscila entre el 25,4% que intimida a sus compañeros/as en alguna ocasión y un 0,9% que lo hace habitualmente. Identificándose diferencias significativas en la variable intención de maltrato ( $\chi^2=11,18$ ;  $p<.05$ ), mayor para los chicos (35,5%) que para las chicas (21,3%)

Desde las *perspectiva del espectador/a* la frecuencia es superior que la manifestada desde la perspectiva de víctima y agresor/a, con un 64,6% que afirma que las agresiones se proceden algunas veces, un 20,7% que destacan que tienen lugar frecuentemente y un 2,4% que afirman que se producen siempre.

No hay diferencias significativas entre la percepción de víctima y agresor/a; pero sí entre la de espectador/a y víctima ( $t= -21,44$ ;  $p<.001$ ); y espectador/a y agresor/a ( $t= -21,05$ ;  $p<.001$ ), siendo la frecuencia de maltrato informada siempre mayor en el caso del espectador/a. Esto se comprueba tanto en los chicos ( $t= -14,07$ ;  $p<.001$  ;  $t= -13,21$ ;  $p<.001$ , respectivamente para cada caso); como en las chicas ( $t= -16,21$   $p<.001$  ;  $t= -16,56$ ;  $p<.001$ ).

Esto pone de relieve la complejidad a la hora de interpretar los porcentajes derivados de los estudios sobre maltrato escolar.

#### **4. Estudio sobre Alteraciones Psicológicas en Población Infantil Maltratada y derivada a un Servicio Municipal de Menores**

Hódar Pérez, J.C.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I.<sup>2</sup>, Belda Grindley, C<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Equipo Tratamiento Familiar, Ayuntamiento Motril (Granada)

<sup>2</sup>Universidad de Almería

<sup>3</sup>Observatorio de la Infancia, Junta de Andalucía

hodarperez@hotmail.com

Existe consenso sobre el hecho de que los malos tratos generan consecuencias negativas a nivel psicológico a corto y largo plazo. Este estudio descriptivo y cuasiepidemiológico aborda esta temática, con carácter retrospectivo revisando el periodo abarcado entre 1999 y el año 2001, ambos inclusive. Así, los objetivos de este trabajo son cuantificar las alteraciones psicológicas detectadas, comprobar si se aprecian diferencias en las mismas en función



del tipo de maltrato recibido, y conocer algunas condiciones relacionadas con la aparición de trastornos infantiles.

La muestra la constituyen los menores valorados en situación de riesgo por los profesionales de su entorno en el municipio de Motril que han sido derivados al correspondiente servicio de atención a infancia maltratada. El número total de menores víctimas de malos tratos que se han tenido en cuenta es de 272. Se dividió la muestra en tres grupos diferentes según indicadores de abandono, maltrato o bien ambos a la vez. Para ello se utilizaron entrevistas abiertas o semiestructuradas, escalas estandarizadas, observación directa, e informes, notas y documentos contenidos en los expedientes que hicieran referencia a este tema.

De esta manera, se extrajeron los resultados que a rasgos generales indican que los menores expuestos a prácticas abusivas o de maltrato activo tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos emocionales y de adaptación social, mientras que los menores víctimas de situaciones de abandono ven mermado el desarrollo de repertorios de tipo cognitivo o académico. Por otra parte, aquellos casos en los que se dan de forma conjunta ambas circunstancias parece que tienen mayores dificultades para establecer vínculos de apego seguros con sus cuidadores, así como aprender habilidades adecuadas de relación interpersonal.

### ***5. Análisis diferencial de la toma de perspectiva y la teoría de la mente en niños con autismo, retraso mental y sin diagnóstico***

Gómez Becerra, I.<sup>1</sup>, Martín García, M.J.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidad de Almería

<sup>2</sup>Fundación Márgenes y Vínculos

Mariajesusmg@hotmail.com

Se presenta un estudio en el que se evalúa la habilidad de tomar perspectiva con un posible carácter diferencial entre niños con o sin trastornos del desarrollo (esto es, sin diagnóstico, con Síndrome Down y con diagnóstico de autismo). Se llevó a cabo en 4 fases:

- (1) Realización de un estudio piloto para comprobar que todo el procedimiento fuese correcto y poder subsanar posibles errores antes de comenzar la investigación como tal.



- (2) Evaluación inicial de la habilidad de tomar perspectiva con una recopilación de distintas pruebas existentes en la literatura tales como: adaptación de la prueba de Ann y Sally, test de las caras (que mide reconocimiento de emociones), además de aplicar una prueba de corte contextual-funcional elaborada al efecto por las autoras de esta investigación (“Prueba de Pitu”).
- (3) Evaluación de cierto repertorio verbal considerado prerequisite en relación a la habilidad de tomar perspectiva. En concreto: relaciones derivadas (simetría, transitiva y de equivalencia), discriminación del yo /Tú y yo/ él-ella a nivel simple, discriminación de ciertos conceptos espacio-temporales extraídos del test de conceptos básicos de Bohem y ciertas habilidades de tipo verbal medidas a través de la escala verbal del Wippsi.
- (4) Adaptación de las pruebas de toma de perspectiva y de la evaluación de las habilidades consideradas a priori prerequisite a modo de ayudas, éstas consistieron en proporcionar más ejemplos al niño funcionalmente equivalentes, adaptar la prueba al lenguaje del niño, hacer más salientes los elementos relevantes a discriminar, hacer más cortas las secuencias de las pruebas excesivamente largas y cambiar la topografía de respuesta requerida.

En el estudio participaron 15 niños con edades mentales comprendidas desde los 4 a 6 años, 5 niños pertenecientes a niños sin diagnóstico, 5 al grupo de niños con Síndrome Down y 5 pertenecientes al grupo de niños con diagnóstico de autismo.

Los resultados extraídos de la primera evaluación (sin modificación en la pruebas) mostraron que existían diferencias entre los tres grupos acorde a la literatura existente, obteniendo mejores resultados los niños sin diagnóstico, seguidos de los niños con Síndrome Down, y peores resultados los niños con diagnóstico de autismo, correlacionando los mejores resultados en la ejecución de las pruebas de toma de perspectiva con mejores resultados en las habilidades consideradas a priori prerequisite. A su vez, cuando se adaptaron las pruebas de toma de perspectiva, aunque las diferencias entre los grupos encontradas a nivel inicial se mantuvieron, todos los niños mejoran en su ejecución independientemente del grupo al que perteneciesen. Los resultados mostraron también que el análisis realizado a nivel indivi-



dual, indicaba que independientemente del grupo al que perteneciese cada niño, los que contaban con mejores niveles en las habilidades prerrequisitas obtuvieron mejores resultados en las pruebas de toma de perspectiva.

### ***6. Perfiles individuales y factores sociales y familiares de menores con trastornos de conducta***

Belda Grindley, C., Gómez Becerra, I.

Universidad de Almería

carlos.belda@juntadeandalucia.es

Este trabajo aborda el estudio de las características sociodemográficas, individuales y familiares de los menores atendidos en un programa de tratamiento para menores que ejercen violencia y sus familias en Andalucía. Los objetivos de la misma son definir posibles perfiles individuales de estos menores e identificar factores sociales y familiares relacionados con ellos. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal y retrospectivo de los casos atendidos en el citado programa en Granada y Sevilla, durante los años 2007 y 2008; los participantes fueron 51 menores (39 chicos, 12 chicas), con edades entre 8 y 18 años. Se analizaron 55 variables de las tres áreas mencionadas y se incluyeron como aspecto novedoso el estudio de variables relacionadas con el constructo de la evitación experiencial para comprobar qué relación pudieran tener con los trastornos de conducta. Entre esas variables se estudiaron, la tolerancia a la frustración, el repertorio de evitación emocional, la presencia de auto-reglas débiles o incorrectas, repertorios controlados por contingencias distantes en el tiempo, repertorios controlados por consecuencias abstractas, control por estímulos sociales, desarrollo verbal, toma de perspectiva y presencia de valores claramente identificados. Las conclusiones globales que se pueden extraer de este estudio son: (a) que el número de chicos con trastornos de conducta es mayor que el de chicas, aunque en proporción distinta al encontrado en otras investigaciones; (b) que los casos de menores con trastornos de conducta se pueden detectar en el entorno escolar, puesto que es donde suelen reflejar claramente sus déficits y es un entorno accesible para otras personas además de los padres o cuidadores; (c) que el tipo de violencia que muestran estos menores tiene que ver con el contexto en el que se produce, encontrando que la violencia física ocurre mayoritariamente en el entorno fami-



liar, mientras que la violencia de tipo sexual ocurre mayoritariamente en el ámbito comunitario y escolar en el caso de agresores sexuales menores; (d) que las variables relacionadas con el constructo de la evitación experiencial pueden contribuir a explicar la aparición de los trastornos de conducta y por tanto a su prevención o detección temprana; (e) que la familia juega un papel fundamental en el desarrollo de estos trastornos, pero sobre todo es importante especificar que son las dinámicas de funcionamiento familiar y los procedimientos educativos concretos utilizados y no tanto el estilo general de actuación en la familia o la composición de la misma.

### ***7. Alteraciones internalizantes y externalizantes en menores maltratados***

López-Soler, C., Prieto, M., Alcántara, M., Castro M., López-Pina, J.A., Puerto., J.C.

Universidad de Murcia

clopezs@um.es

Diversos estudios meta-analíticos sobre los efectos de la violencia doméstica realizados desde 1967 a 2003 (Fantuzzo & Lindquist, 1989; Kolbo, Blakely & Engleman, 1996; Margolin, 1998; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith & Jaffe, 2003) y estudios realizados posteriormente (Bal, Crombez, Van Oost & De Bourdeaudhuij, 2003; Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003; Paolucci, Genuis & Violato, 2001; Valle & Silovsky, 2002; Wolfe, Scout, Wekerle & Pittman, 2001), informan que los menores expuestos a diferentes tipos de maltrato (abuso sexual, negligencia y abuso emocional) presentan más alteraciones externalizantes (problemas de conducta, conductas autolesivas, abuso de sustancias, agresividad, hostilidad, alteraciones en las relaciones sociales), e internalizantes (estados depresivos, cuadros de ansiedad, baja autoestima, inhibición, miedo, distorsiones cognitivas, atribución de errores, sintomatología disociativa) que los menores que no sufren tales condiciones.

Nuestro objetivo es analizar la sintomatología internalizante y externalizante de menores maltratados. Para ello se ha realizado un estudio sobre 42 menores (18 niñas y 24 niños), de edades comprendidas entre 6 y 16 años, que han sufrido maltrato grave intrafamiliar y por ello han sido separados de sus familias. La mayor parte de la muestra reside en centros (alrededor del 60%), el resto en familia extensa o en acogimiento familiar. Con el



fin de detectar adecuadamente la sintomatología inter y externalizante, y en función de la edad, se les ha administrado las siguientes pruebas: YSR (Youth Self-Report), CDI (Children's Depression Inventory), STAI-C (State-Trait Anxiety Inventory for Children), CASI (Childhood Anxiety Sensitivity Index ), y STAXI-NA (State- Trait Anger Expression Inventory for children and adolescent). A los cuidadores se les pidió que cumplimentaran el CBCL(Child Behavior Checklist .

Se informa sobre el porcentaje de casos que se sitúan por encima de las puntuaciones de corte de las diferentes pruebas, confirmando el perfil externalizante, junto a síntomas internalizantes.



## Nuevas aportaciones en psicopatología

Coordinadora: Begoña Olabarria (Ayuntamiento de Madrid)

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, 10:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

1. *Estrés psicosocial, psicopatología y salud en inmigrantes*  
Leal Leal, C.M.  
Universidad Nacional de Educación a Distancia
2. *Características de ludopatía en una muestra de estudiantes de la UMU*  
Jiménez Tallón, M<sup>a</sup> A., Montero Jiménez, M.  
Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Murcia
3. *Dismorfia muscular: un problema de futuro con un presente en desarrollo*  
Dr. Arbinaga Ibarzábal, F.  
Universidad de Huelva
4. *Pensamientos Intrusos análogos a obsesiones (PIO): ¿Se obtienen los mismos datos con autoinforme y con entrevista?*  
López Vilaplana, N.<sup>1</sup>, Belloch, A.<sup>2</sup>, Ciscar, S<sup>3</sup>.  
<sup>1</sup>Centro de rehabilitación de enfermos mentales crónicos de Paterna, Agencia Valenciana de Salud  
<sup>2</sup>Universidad de Valencia  
<sup>3</sup>USM Burjassot, Agencia Valenciana de Salud
5. *Diferencias en pensamientos intrusos alimentarios entre población con y sin riesgo de padecer un trastorno alimentario*  
Roncero, M.<sup>1</sup>, Perpiñá, C.<sup>1 2</sup>, Belloch, A<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Valencia  
<sup>2</sup>CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto Salud Carlos III
6. *Traducción y adaptación al Holandés de un tratamiento vía Internet para el miedo a hablar en público*  
Gallego, M.J., Emmelkamp, P.M.G., van der Kooij, M., Mees, H.  
University of Amsterdam, (Amsterdam)



*7. Modelos Estructurales. Factores de Riesgo en el desarrollo de conductas bulímicas*

Gómez-Peresmitré, G., Pineda García, G., Rodríguez de Elías, R., Oviedo Camacho, L.

Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (México)



## **1. Estrés psicosocial, psicopatología y salud en inmigrantes**

Leal Leal, C.M.

Universidad Nacional de Educación a Distancia

cml12003@hotmail.com

Los inmigrantes se caracterizan por sufrir grandes cambios rápidos y bruscos en el ambiente físico, económico y social, y vivir en situaciones de pobreza, factores que contribuyen al aumento de los trastornos mentales. Los inmigrantes dejan atrás su tierra, su país, sus costumbres, y a sus familias y amigos. Esto produce estrés de adaptación sociocultural. La migración es un fenómeno de gran relevancia social, no obstante hay muy pocas investigaciones que hayan estudiado los efectos que posee la migración sobre la salud. La migración es un proceso de transición de un país de origen a un país de acogida, y puede considerarse como un suceso vital mayor de naturaleza estresante por los cambios asociados que conlleva (Holmes y Rahe), y que genera en el emigrante varios estresores crónicos. La migración es un suceso vital que se caracteriza por el cambio. El cambio es inherente a la migración y es una característica estructural. En el proceso de migración se dan varios cambios: físico (de una zona geográfica a otra, cambios en el clima, nivel sanitario, hábitos dietéticos, contaminación), social (cambios en la red de relaciones sociales), y cultural (aprendizaje de nuevas normas y valores y abandono o adaptación de los códigos culturales del país de origen, de una nueva lengua). Los cambios pueden producir alteraciones en el estilo de vida. Las habilidades y características personales, la flexibilidad y predisposición al cambio son mecanismos individuales que permiten adaptarse al cambio. Los cambios pueden actuar como estresores. Los principales estresores (Hovey, 2002, citado por Zarza y Sobrino, 2007) son: el proceso de migración per se; las barreras del lenguaje y los problemas de comunicación; los estresores del ambiente relacionados con los cambios socioculturales; los estresores económicos, desempleo y marginación social; y la pérdida de apoyo social. El emigrante tiene que enfrentarse a una situación general de estresores crónicos en el país de acogida: España. El afrontamiento de los distintos estresores depende de las características personales (rasgos de personalidad, cualificación laboral, flexibilidad). En la emigración: el sujeto emigrante está sometido a una situación general de estrés crónico. Se espera que el emigrante sea más vulnerable a los trastornos mentales y salud física que la población de origen y receptora.



Varios estudios sugieren que la migración provoca sentimientos de ansiedad y depresión, incertidumbre, pérdida de control y de estatus social, reducción del apoyo social percibido y diversos retos que deben afrontar cotidianamente. Los emigrantes poseen mayores niveles de sintomatología somática y psicopatológica general que los no emigrantes. Distintos estudios (Díaz, 2003; Sandín, 1999; Sabed-Ahmad Beirutí, 2006) señalan que los principales trastornos mentales que sufren los inmigrantes son: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos psicósomáticos, trastornos psicóticos, y trastornos de adaptación. Por tanto, la migración como situación de estrés, genera unos estresores crónicos que producen unos efectos sobre la salud y la adaptación sociocultural (Díaz, 2003; Sandín, 1999). El apoyo social puede tener un efecto amortiguador en los síntomas depresivos en situaciones vitales adversas, como es la situación de migración, según señalan algunos estudios (Díaz, 2003; Martínez, 2001).

La adaptación de las personas extranjeras a su nuevo entorno tiene dos facetas relacionadas entre sí, pero diferentes: el ajuste sociocultural y la adaptación psicológica. La adaptación sociocultural es el proceso de aprendizaje de las pautas de funcionamiento de la nueva cultura en la que se encuentra el inmigrante. Consiste en la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades que se precisan para manejarse bien en la nueva sociedad y resolver las tareas cotidianas, y está fuertemente relacionado con el tiempo de estancia en el país de acogida.

## ***2. Características de ludopatía en una muestra de estudiantes de la UMU***

Jiménez Tallón, M<sup>a</sup> A., Montero Jiménez, M.

Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Murcia

ajtallon@um.es

**Objetivo:** Investigar la presencia de características de ludopatía en una muestra de estudiantes de la Universidad de Murcia. Una Universidad que tiene 27000 alumnos de Primero y Segundo ciclo.

**Metodología:** Se ha estudiado una población de 964 sujetos pertenecientes a diferentes facultades de la UMU. De los cuales, 362 afirman no haber jugado nunca arriesgando dinero y a 68 les resultan no válidos sus cuestionarios



Entre los sujetos que si afirman haber jugado hay 294 mujeres y 240 varones. A estos 534 estudiantes se les aplicó el Cuestionario de juego de South Oaks SOGS, por parte de un equipo de psicólogos colaboradores en la investigación. Los datos obtenidos se analizaron mediante el Programa estadístico SPSS-15

Resultados y comunicaciones: En el análisis de la muestra se aprecia la presencia de 60 jugadores patológicos (11,23% de la muestra de jugadores), de los cuales 47 son varones (78,3%) y 13 mujeres (21,66%)

Aparecen asimismo 75 jugadores de riesgo (14,04% de la muestra de jugadores), de los cuales 39 son varones (52%) y 36 son mujeres (48%).

1. Son más varones que mujeres los jugadores patológicos y los jugadores de riesgo
2. Los varones practican más clases de juegos que las mujeres
3. Los varones gastan más dinero en jugar en un solo día que las mujeres
4. A los varones les critican más por jugar que a las mujeres
5. A las asociaciones de ludopatía, por problemas propios o familiares, acuden más las mujeres
6. Gastan más dinero en el juego, aquellos que tienen familiares que juegan
7. Piden más dinero prestado para jugar los que tienen familiares jugadores
8. Los varones son más influenciables que las mujeres respecto al modelo familiar de juego
9. El perfil del jugador patológico en la muestra estudiada es
  - a) Practica diferentes juegos
  - b) Disfruta jugando
  - c) Es importante la cantidad de dinero gastada en un día
  - d) Si pierde vuelve a jugar
  - e) Oculta cuando pierde
  - f) Juega más de lo pensado
  - g) Es criticado por jugar
10. La problemática del jugador patológico de la muestra es:
  - a) Tiene problemas con el juego
  - b) Cuando pierde dinero vuelve a jugar
  - c) Discute con la familia por el juego
  - d) Pide dinero prestado para jugar y no lo devuelve



11. La problemática psicológica que presentan estos sujetos:
  - a) Oculta a la familia que juega
  - b) Se siente mal por jugar
  - c) No ha querido jugar, pero lo hizo
  - d) Es criticado por jugar
  - e) Oculta que perdió jugando
12. Dedican más tiempo al juego cuando hay familiares que juegan
13. De los sujetos de la muestra que reconocen jugar el 74,7% son jugadores sin problema
14. De los jugadores de la muestra el 25,28% son jugadores patológicos y de riesgo

### ***3. Dismorfia muscular: un problema de futuro con un presente en desarrollo***

Dr. Arbinaga Ibarzábal, F.  
Universidad de Huelva  
felix.arbinaga@dpsi.uhu.es

La dismorfia muscular es una alteración de la imagen corporal. El eje central de atención es una preocupación crónica con el hecho de ser pequeño, delgado y estar insuficientemente desarrollado muscularmente; dándose principalmente entre personas que practican un entrenamiento de fuerza (Pope, Katz y Hudson, 1993). Si bien no está incluida en el DSM, ha sido propuesta en la categoría de las dismorfias corporales (trastornos somatoformes). Se presenta un repaso por las características diagnósticas propuestas y la patología asociada; asimismo, se analiza un modelo etiológico y alguna indicación de intervención. Con un 10% de prevalencia en la población usuaria de gimnasios, se destacan entre los principales comportamientos asociados: un entrenamiento compulsivo, frecuentes comparaciones físicas y malestar tras las mismas, dietas restrictivas, uso de esteroides anabolizantes, evitación social, mirarse al espejo de forma compulsiva, interferencias en la vida social, familiar y laboral del sujeto, rituales y pensamientos reiterados sobre ser pequeño y poco musculoso, etc. De igual forma, la psicopatología asociada resulta variada: alteraciones en la conducta de alimentación (anorexia, bulimia), abuso de esteroides anabolizantes, otras dismorfias corporales, trastornos obsesivo-compulsivos, alteraciones del estado de ánimo,



desórdenes de ansiedad etc. Otras propuestas nosológicas la han considerado como parte del espectro de los desórdenes obsesivo-compulsivos, tanto por su historia como por su clínica; ya que las condiciones que le subyacen a los trastornos obsesivo-compulsivos, el Síndrome de Tourette y la dismorfia muscular se asemejan en sus características biológicas: la respuesta a los tratamientos farmacológicos y de predisposición genética (Chung, 2001). De igual manera pudiera ser considerada como un conjunto de síntomas relacionados con los desórdenes del espectro afectivo, dada la comorbilidad existente entre la dismorfia muscular y otras alteraciones (Hudson y Pope, 1990). Una segunda posibilidad se centra en los factores socioculturales: la presión social centrada en la imagen. Ésta, cada vez mayor en los varones, puede hacer que se vean implicados a edades muy tempranas ante modelos que les incitan directamente a imitarles (Pope, Phillips y Olivardia, 2000). Es factible considerar que el culturismo ha desarrollado una “subcultura” de los gimnasios, donde la auto-consciencia y el distress se verían reforzadas cuando se comparan con otros de su entorno (Klein, 1993). Un modelo psicológico relevante es la propuesta de Lantz, Rhea y Cornelius (2002) donde se discriminan dos categorías y seis factores (1.- nutrición: uso de fármaco, uso de suplementación y conductas de dietas y 2.- preocupación física: protección física, dependencia al ejercicio y tamaño y simetría corporal). Por último, como perspectiva de intervención se ha preferenciado a la terapia cognitiva conductual (centrada en: imagen corporal, ansiedad, rituales, estados de ánimos, autoestima, HHSS...) complementada con terapia farmacológica (antidepresiva y ansiolítica).

#### ***4. Pensamientos Intrusos análogos a obsesiones (PIO): ¿Se obtienen los mismos datos con autoinforme y con entrevista?***

López Vilaplana, N.<sup>1</sup>, Belloch, A.<sup>2</sup>, Ciscar, S<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Centro de rehabilitación de enfermos mentales crónicos de Paterna, Agencia Valenciana de Salud

<sup>2</sup>Universidad de Valencia

<sup>3</sup>USM Burjassot, Agencia Valenciana de Salud  
nurialopez@correo.cop.es

Según los modelos cognitivos sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, los pensamientos intrusos análogos a obsesiones (PIOs) serían los antecedentes



normales de las obsesiones clínicas. Se han diseñado diversos instrumentos de autoinforme para evaluar la frecuencia de PIO y valoraciones asociadas en población general no clínica, pero presentan las limitaciones propias de este formato. El Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)- Cross-cultural section, del que forma parte la 2ª autora, ha creado un protocolo de evaluación en forma de entrevista individualizada, la International Intrusive Thoughts Interview Schedule (IITIS), cuya finalidad es obtener un relato idiosincrásico y personalizado de los PIO que las personas experimentan. **OBJETIVOS.** Comparar los resultados obtenidos con la IITIS y los procedentes de un autoinforme sobre PIO. **METODOLOGÍA.** (a) **Sujetos:** Participaron 13 mujeres y 1 hombre. Todos eran estudiantes universitarios. Su edad media fue de 23 (DT=1,2) años. Nadie tenía antecedentes de trastorno mental ni estaba recibiendo tratamiento psicológico. La participación en el estudio fue voluntaria. (b) **Instrumentos:** La IITIS es una entrevista estructurada que consta de 6 secciones (explicación de en qué consisten los PIO; datos de identificación; experiencias específicas de PIO en 7 áreas de contenido, recogiendo para cada una de las experiencias: narrativa, forma, consecuencias anticipadas, contexto, frecuencia, malestar/interferencia, importancia de eliminar, y dificultad para lograrlo; Valoraciones que suscita el PIO más molesto de los relatados; Estrategias para controlar el PIO más molesto; Fracasos de control del PIO). El INPIOS es un cuestionario de autoinforme que examina la frecuencia con se experimentan 55 PIO, así como las valoraciones emocionales y cognitivas que genera el más molesto y las estrategias de control para manejarlo. (c) **Procedimiento:** La IITIS fue administrada de manera individual por la 1ª autora (tiempo aproximado: 90 minutos). Todas las entrevistas fueron grabadas para poder analizar posteriormente las narrativas por parte de las autoras. El INPIOS fue completado de manera autónoma por los participantes. **RESULTADOS.** La evaluación con ambos instrumentos fue coincidente en los siguientes aspectos: Los PIO de duda fueron los más comunes y los más molestos, y los religiosos los menos; la frecuencia de PIO fue baja (varias veces al año); las valoraciones tipo fusión pensamiento-acción probabilidad fueron las menos empleadas; las estrategias de control más utilizadas fueron Racionalización, Autotranquilización y Parada de pensamiento, y las menos No hacer nada y Neutralización manifiesta. Sin embargo, ambos instrumentos difirieron en cuanto a la frecuencia con que se experimentaron PIO de contenido sexual (0% según IITIS, el 83% según INPIOS) y religiosas (0% según IITIS, 25% según INPIOS).



Asimismo, los resultados fueron heterogéneos en cuanto a las valoraciones del PIO más molesto. **CONCLUSIONES.** La evaluación de los PIO a partir de dos instrumentos diferentes, entrevista y cuestionario, proporciona un panorama similar en un grupo importante de variables, mientras que algunos aspectos necesitarían de un estudio más detallado para esclarecer el origen de unas diferencias notables en los resultados.

### ***5. Diferencias en pensamientos intrusos alimentarios entre población con y sin riesgo de padecer un trastorno alimentario***

Roncero, M.<sup>1</sup>, Perpiñá, C.<sup>1 2</sup>, Belloch, A<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Valencia

<sup>2</sup>CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto Salud Carlos III

maria.roncero@uv.es

Los pensamientos intrusos pueden situarse en un continuo desde la normalidad hasta la psicopatología, y muestra de ello son los estudios que señalan la presencia de pensamientos intrusos (PI) de contenido análogo a las obsesiones en población general. Sin embargo, hasta la fecha no se ha prestado atención a los PI de contenido relacionado con la psicopatología alimentaria, como la preocupación por el peso y la figura corporal, la dieta, o el ejercicio físico. **Objetivo:** Analizar las diferencias entre población general y población subclínica de trastornos alimentarios en la experimentación de PI de contenido alimentario (PIA), así como en valoraciones, consecuencias emocionales, interferencia y estrategias de control empleadas por ambos grupos ante los PIA. **Método Muestra:** Sobre la base de la puntuación en la escala “Restraint Scale” (punto de corte 16), se establecieron 2 grupos: población general (491 personas; 68,7% mujeres; edad media: 24,07, DT=6,32; Índice de Masa Corporal medio -IMC-: 22,14; DT= 3,10); grupo subclínico (83 personas; 85,5% mujeres; edad media: 24,07; DT=5,21; IMC medio: 23,58; DT= 3,28). **Instrumentos:** Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios (INPIAS) (Perpiñá, Roncero y Belloch, en prensa) compuesto de dos partes. La primera evalúa la frecuencia con la se experimentan 50 PIA que se agrupan en 3 factores: “Apariencia y dieta”, “Ejercicio físico” e “Impulsos de psicopatología alimentaria”. La Parte 2-A evalúa las valoraciones, interferencia y consecuencias emocionales (referidas al PIA escogido como “más



molesto”) en dos subescalas: “Carga emocional y significado personal” y “Profecía cumplida y responsabilidad personal”. La parte 2-B evalúa estrategias de control (en respuesta al PIA “más molesto”) a través de 4 subescalas: “Afrontamiento ansioso”, “Espectro TOC”, “Rituales no alimentarios”, “No control” y “Distracción”. Resultados: El grupo subclínico obtuvo en todos los factores una frecuencia de PIA significativamente mayor ( $F_{1,567}=217,312$ ,  $p<0,001$ ;  $F_{1,567}=112,695$ ,  $p<0,001$ ;  $F_{1,567}=54,446$ ,  $p<0,001$ ) que el otro grupo. Los PIA experimentados con más frecuencia en la población general fueron sobre ejercicio físico, mientras que en el grupo subclínico fueron además sobre apariencia y dieta. En la Parte 2-A también se encontraron diferencias significativas en todos los factores. En el grupo subclínico, el PIA evaluado como “más molesto” causó una mayor interferencia, tuvo mayores repercusiones emocionales y fue valorado de forma más disfuncional ( $F_{1,549}=183,848$ ,  $p<0,001$ ;  $F_{1,549}=49,749$ ,  $p<0,001$ ), y empleó con una mayor frecuencia estrategias de control (Parte 2-B) ( $F_{1,550}=17,803$ ,  $p<0,001$ ;  $F_{1,550}=40,072$ ,  $p<0,001$ ;  $F_{1,550}=22,974$ ,  $p<0,001$ ;  $F_{1,550}=21,113$ ,  $p<0,001$ ;  $F_{1,550}=12,682$ ,  $p<0,001$ ). Discusión: Del mismo modo que los PI de contenido obsesivo, en este estudio se demuestra que los PIA son experimentados con cierta frecuencia por la población general. Además, se observan diferencias entre las personas con y sin riesgo de padecer un trastorno alimentario en todos los aspectos evaluados, lo que podría tomarse como indicador de un continuo normalidad-patología en este tipo de cogniciones.

Agradecimientos. Trabajo en parte subvencionado por el Proyecto SEJ2006/03893-PSIC (Ministerio de Ciencia y Tecnología), y en parte por el Proyecto AE/07/022 (Conselleria de Empresa, Universidad y Ciencia Dirección General de Investigación y Transferencia Tecnológica. Generalitat Valenciana). CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición es una iniciativa de ISCIII

## ***6. Traducción y adaptación al Holandés de un tratamiento vía Internet para el miedo a hablar en público***

Gallego, M.J., Emmelkamp, P.M.G., van der Kooij, M., Mees, H.

University of Amsterdam (Amsterdam)

M.J.GallegoPitarch@uva.nl

Los tratamientos administrados vía Internet han mostrado ser efectivos en una gran variedad de trastornos mentales incluyendo la fobia social (por



ejemplo, Andersson et al., 2006; Carlbring et. al, 2006; Carlbring et al., 2007). Botella y colaboradores desarrollaron un tratamiento autoadministrado vía Internet para el miedo a hablar en público. “Háblame” es un tratamiento compuesto por psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición y tareas para casa. El programa evalúa a los participantes y les da retroalimentación durante todo el proceso. Además es un programa estructurado que controla paso a paso que el participante haya realizado las tareas encomendadas. “Háblame” ha mostrado ser un tratamiento efectivo en población española, un estudio de caso (Botella, Hofmann y Moscovitch, 2004) y una serie de casos (Botella et al., 2007) mostraron datos preliminares de su efectividad a corto plazo. Otro estudio de caso (Gallego, Botella, García-Palacios, Baños & Guillén, 2008) y un estudio controlado (Botella et al., en revisión) demostraron su eficacia a corto y largo plazo. Botella et al. (en revisión) vieron en este estudio controlado que “Háblame” administrado sin contacto con el terapeuta fue tan eficaz como el mismo programa aplicado por el terapeuta. En este estudio ambos tratamientos fueron más efectivos que el grupo control lista de espera en medidas de miedo y evitación en situaciones sociales, medidas de interferencia e impresión clínica, aunque sólo el grupo de tratamiento cara a cara obtuvo diferencias significativas con el grupo control lista de espera en medidas cognitivas. El objetivo del presente estudio es presentar la traducción y adaptación del Háblame al holandés, y los cambios que hemos introducido en la parte cognitiva del programa. También se presentan datos sobre los primeros participantes que se han autoadministrado el Háblame holandés. Esta serie de casos ha mostrado datos preliminares de la efectividad del Háblame in población holandesa.

### ***7. Modelos Estructurales. Factores de Riesgo en el desarrollo de conductas bulímicas***

Gómez-Peresmitré, G., Pineda García, G., Rodríguez de Elías, R., Oviedo Camacho, L.

Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (México)  
E-gildag@servidor.unam.mx

En este estudio se desarrollaron modelos con ecuaciones estructurales con el propósito central de investigar el peso que el factor de riesgo denominado afecto negativo tiene, en la interrelación con los otros factores de



riesgo para la conducta bulímica (figura ideal, insatisfacción corporal, dieta restringida) y en la varianza explicada, para comprender mejor el papel predictivo y mediador de los factores de riesgo en la conducta bulímica. También fue propósito de este estudio, determinar y comparar nivel de ajuste y estructuras entre los modelos obtenidos y modelos antecedentes. Se trabajó con una muestra no probabilística (  $N = 121$  ) de mujeres estudiantes con un promedio de edad de ( $M = 19.6$  y  $DE = 1.8$ ). En la recolección de datos se aplicaron instrumentos validados y confiabilizados en población mexicana. El procedimiento no invasivo se ajustó, en general, a los estándares de la ética de la investigación en Psicología. La confirmación de estudios previos que señalan que la relación insatisfacción corporal y conducta bulímica se encuentra mediada por dieta restringida y afecto negativo es uno de los resultados que más llamaron la atención. Asimismo, quedó evidenciado que cuando se refuerza el afecto negativo combinando depresión con estrés, se mejora la varianza explicada de conducta bulímica y aumenta la magnitud de las cargas de las relaciones entre los factores de riesgo. Se discuten las aportaciones y también las limitaciones de este estudio, destacando, al mismo tiempo, las necesidades teórico prácticas emergentes en este campo de investigación.



## **Psicopatología y estudios sobre procesos psicológicos**

Coordinadora: Monserrat Andrés (Universidad de Huelva)

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, 10:00 h.

Aula por determinar

*1. Emergencia del humor: un estudio de los elementos verbales implicados*

Molinero Roldán, J.M.

Centro LeBlanc y Mayo

*2. Pensamiento repetitivo (no) constructivo: diferencias en metacognición y (dis)regulación emocional*

Gómez Baya, D.J.

Universidad de Huelva

*3. Usos elucidatorios de la teoría del apego*

Biurrun, J., Yarnoz, S., Plazaola, M., Comino, P.

Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

*4. El proceso de conceptualización de la locura como mal infinito. El caso de la guerra*

Biurrun, J., Yarnoz, S., Plazaola, M., Comino, P., Guerra, J.

Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, San Sebastián (Guipúzcoa)

*5. Depresión y discurso social*

Gordo Sánchez, J.

Universidad de Huelva



## ***1. Emergencia del humor: un estudio de los elementos verbales implicados***

Molineró Roldán, J.M.

Centro LeBlanc y Mayo

lyma@arrakis.es

Son múltiples los estudios que muestran los beneficios que proporcionan el humor y la risa en variados ámbitos del comportamiento humano. Así, en la literatura especializada, es constante la alusión a que el sentido del humor puede ser una forma de autoprotección, de proporcionar una mayor perspectiva ante los problemas, proveer sentimientos de control o poder, ayudar a llevar una vida más agradable y/o reducir los conflictos personales (García Larrauri, 2.006), facilitar la interacción social y/o ayudar a desarrollar amistades (McGhee, 1989). Diversos autores han insistido en los efectos terapéuticos del humor y la risa (Cousins, 2000; McGhee, 1992; Moody, 1979; Selye, 1974), sus efectos en una mayor tolerancia al dolor (Avia y Vázquez, 1998), cambios en el sistema inmunológico (Berk 1989a, 1989b), reducción de la ansiedad y emociones negativas (Ziev y Diem 1989), facilitación de la interacción social, la amistad y la popularidad en el grupo (Fry, 1997; McGhee, 1989). No parece haber duda de la importancia que los humanos damos al humor y a sus beneficios para la salud. De esta manera el conocimiento que puede aportar conocer los elementos que permiten que emerja puede suponer un gran logro a la hora de proveer las condiciones para su uso terapéutico por parte de los profesionales implicados.

El presente estudio tiene como objetivo explorar que elementos están implicados en la emergencia del humor. Para ello, se realizó una manipulación de las relaciones entre los estímulos para observar si esta relación es un componente esencial en la emergencia del humor. Consta de dos experimentos sucesivos. El primero, con 16 participantes, pretende demostrar que la manipulación de los componentes de imágenes humorísticas (chistes), consistente en eliminar aquellos elementos que se hipotizaron podrían generar el “descuadre” necesario para generar el humor, produciría cambios en las respuestas de los sujetos. En el segundo, en el que participaron nueve sujetos, se manipuló la misma variable, pero se llevaron a cabo cambios en el procedimiento experimental como consecuencia del análisis de los resultados del primero. Tanto en el primer como en el segundo experimento se



ha utilizado un diseño intrasujeto de tratamientos alternos con sucesivas réplicas entre los sujetos participantes. Se aplicó la manipulación experimental y se evaluaron las respuestas a los diferentes tratamientos mediante un cuestionario y la grabación de los rostros de los sujetos mientras visualizaban los chistes.

## ***2. Pensamiento repetitivo (no) constructivo: diferencias en metacognición y (dis)regulación emocional***

Gómez Baya, D.J.

Universidad de Huelva

djegovic@hotmail.com

Desde los modelos de vulnerabilidad cognitiva a los trastornos emocionales que inciden en el pensamiento repetitivo no-constructivo, estudiamos la rumiación depresiva (abordada siguiendo dos distribuciones factoriales: reflexión y brooding [escala RRS], y análisis causal, comprensión e incontrolabilidad [escala LARSS]), la rumiación global (resultado de impedir el progreso hacia los objetivos [escala SMRI]), y la preocupación (PSWQ). Se quiere analizar las diferencias y semejanzas entre el brooding, la reflexión, y la preocupación, a nivel metacognitivo (MCQ) y de regulación (TEARS) y disregulación emocional (DERS), y las consecuencias en satisfacción vital y síntomas depresivos. Se realizó la aplicación colectiva del instrumento a 330 estudiantes universitarios de la Universidad de Huelva. Se realizó traducción inversa y se estudió validez y fiabilidad para las escalas MCQ, LARSS, SMRI y TEARS, con resultados satisfactorios. Los resultados de las correlaciones parciales indican diferencias a nivel metacognitivo (el brooding se relaciona positivamente con las subescalas incontrolabilidad y peligro, necesidad de control, y confianza cognitiva; la reflexión, con la autoconsciencia) y de disregulación emocional (el brooding se relaciona positivamente con las subescalas descontrol, interferencia, rechazo y confusión; la reflexión, se relaciona negativamente con la desatención). Desde la escala LARSS, el brooding se encuentra más relacionado positivamente con la incontrolabilidad, y la reflexión, con la comprensión. La preocupación presenta relación positiva con la subescala metacognitiva creencias positivas, y con la subescala de disregulación rechazo. Las tres tipologías están relacionadas con la reducción emocional (TEARS): positivamente la reflexión y negativamente, el



brooding y la preocupación. Desde la escala SMRI, el brooding se encuentra relacionado positivamente con la distracción y la emocionalidad, y la preocupación, sólo con la emocionalidad. Los tres tipos de pensamiento repetitivo se relacionan positivamente con los síntomas depresivos, pero sólo el brooding presenta relación (inversa) con la satisfacción vital. Los resultados encontrados presentan implicaciones diagnósticas y terapéuticas.

### ***3. Usos elucidatorios de la teoría del apego***

Biurrun, J., Yarnoz, S., Plazaola, M., Comino, P.  
Universidad del País Vasco (UPV/EHU)  
jesusmaria.biurrun@ehu.es

Planteamos la utilidad para el psicólogo y el psicoterapeuta de un modelo de psicopatología que tome el apego ya como un punto de partida ya como un factor determinante en el desarrollo de las alteraciones y trastornos. Su valor elucidatorio se extiende desde la etiología hasta los procesos intrapsíquicos e interactivos. Junto a los planteamientos psicodinámicos, los más recientes de las teorías de la comunicación o sistémicos proporcionan herramientas teóricas que faciliten un abordaje del caso clínico (o, más genéricamente, de la conducta humana) desde esta perspectiva.

Aplicamos este enfoque a casos y nosologías de todo el arco psicopatológico con el fin de determinar su valor explicativo y, en su caso, terapéutico.

### ***4. El proceso de conceptualización de la locura como mal infinito. El caso de la guerra***

Biurrun, J., Yarnoz, S., Plazaola, M., Comino, P., Guerra, J.  
Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, San Sebastián (Guipúzcoa)  
jesusmaria.biurrun@ehu.es

La idea de la locura como un objeto amenazador que llega a alcanzar la categoría de Mal en un sentido radical o escatológico no es un fenómeno espontáneo o -exclusivamente- cultural. Se trata de un artefacto teórico que responde a unas condiciones objetivas y a una intencionalidad y propósitos particulares de cada caso, junto a una posición dominante en el orden comunicacional. La locura como transgresión total (o sea, que implica códigos de



la salud y reguladores de la interacción) es una conceptualización de lo real susceptible de convertirse en un relato compartido socialmente.

Estudiamos este proceso en un objeto amenazador tan antiguo y universal como es la guerra. Comprobamos su conceptualización como Mal absoluto. Describimos las prácticas expresivas y los dispositivos cognitivos, axiológicos y afectivos presentes en un relato destinado a configurar una percepción, concepción y disposición precisas. Mostramos, en fin, el rol de la intencionalidad en la producción de una conciencia que participa (de) y reproduce la citada conceptualización de la patología mental.

Al mostrar el proceso de producción intencional de realidad y su difusión en el medio social aportamos nuevo material al *meme* de la identificación de locura y Mal y, reabrimos el incómodo debate sobre la definición de la patología mental.

### **5. Depresión y discurso social**

Gordo Sánchez, J.

Universidad de Huelva

gordo@uhu.es

El objetivo de este trabajo es el de analizar una serie de cuestiones relacionadas con la presencia masiva actual del sufrimiento psíquico bajo la forma de depresión. Consideramos que esta presencia tiene que ver con una serie de evidentes cambios sociales: el desfallecimiento de la figura paterna, nuevas formas de estructura familiar, presencia masiva del discurso cientifista-capitalista, cambios profundos en las formas de goce y, acompañando este proceso, la preeminencia de la imagen en detrimento de la palabra.

Nuestro trabajo parte de dos ideas. La primera es que las patologías subjetivas no son realidades ahistóricas: dependen de la historia de las sociedades. Algo del orden simbólico que se sostiene en un momento histórico, organiza las relaciones entre los miembros de una sociedad y configura las formas de sufrimiento y de reglamentación del deseo. De este modo, la depresión nos habla del funcionamiento del deseo en nuestra sociedad democrática moderna. La segunda es que la organización de la psicopatología nace en un contexto y es producto de una mirada que está llena de consecuencias.



Consideramos que el aumento del diagnóstico de depresión, tiene que ver con los cambios en la regulación del deseo que se viene produciendo en nuestro momento histórico y que podríamos denominar como una vivencia de vaciamiento radical del deseo. Pero, paradójicamente, esta parálisis del deseo se produce en la época en la cual parece sostenerse la idea de que todo objeto es objeto de goce, que ningún objeto está prohibido. Esto es congruente con la propuesta del modelo económico actual basado en la promesa del encuentro inmediato y definitivo de todos los objetos de deseo. Hay aquí un límite que está en juego y que afecta a la imposibilidad de encontrar el objeto pleno del deseo, de gozar indefinidamente. Límite que parece afectar también, por un lado, a la estructura simbólica que sostiene la percepción temporal: el sujeto moderno parece no encontrar, en su relación con el tiempo, los referentes que le permitirían experimentar su existencia en una continuidad, se produce en nuestra subjetividad una suerte de dilatación del presente que parece convertirse en eterno. Por el otro, a la necesidad de verlo todo, de sacarlo todo a la luz: nos encontramos con una necesidad de ver el interior y el interior del interior, pretendiendo subvertir las condiciones mismas del hecho de mirar, porque por mucho que se vea habrá siempre espacio oculto, invisible.

Nuestro objetivo es entender de que modo este discurso social vuelve frágil la vivencia íntima del sujeto actual. Debilitación que aparece nominada bajo el heterogéneo nombre de depresión.



## Avances en terapias psicológicas

Coordinadora: M. Ángeles Pérez (Universidad de Sevilla)

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, 12:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

1. *Tratamiento de estrés postraumático: el papel del aprendizaje emocional*  
Dongil Collado, E.  
Clínica Privada (Valencia)
2. *Intervención en un caso de violencia familiar y entre iguales*  
Martín García, M.J.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I.<sup>2</sup>, Maraver Gil, J.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Fundación Márgenes y Vínculos (Granada y Sevilla)  
<sup>2</sup>Universidad de Almería
3. *Terapia de Aceptación y Compromiso en personas con discapacidad intelectual: Un estudio de caso*  
Lirola Viñolo, M.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I.<sup>2</sup>, Hernández López, M.<sup>3</sup>.  
<sup>1</sup>Complejo de Atención Integral de personas con discapacidad intelectual "Las Peñicas" (APAFA) Almería  
<sup>2</sup>Universidad de Almería  
<sup>3</sup>Universidad de Jaén
4. *Clarificación de valores desde la Terapia de Aceptación y Compromiso en una familia en riesgo de exclusión social*  
Martínez Martín, M.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I.<sup>2</sup>, Hódar Pérez, J.C.<sup>3</sup>, Hernández López, M.<sup>4</sup>.  
<sup>1</sup>Centro de Atención Infantil Temprana Asprodesa (FEAPS ANDALUCIA),  
<sup>2</sup>Universidad de Almería  
<sup>3</sup>Equipo de Tratamiento Familiar en Servicios Sociales (Ayuntamiento de Motril),  
<sup>4</sup>Universidad de Jaén
5. *Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso al tratamiento de un caso de abusos sexuales*  
Molinero Roldán, J.M.  
Centro LeBlanc y Mayo



*6. Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso al tratamiento de un trastorno de amnesia disociativa*

Molinero Roldán, J.M.

Centro LeBlanc y Mayo

*7. Análisis de las barreras Psicológicas en familias de niños y adolescentes con diabetes. Mejora a través de talleres centrados la aceptación y clarificación de valores*

Gómez Becerra, I., Yagüe López, L.M.

Universidad de Almería



## ***1. Tratamiento de estrés postraumático: el papel del aprendizaje emocional***

Dongil Collado, E.

Clínica Privada (Valencia)

espedongil@ono.com

Se presenta un caso de intervención en estrés postraumático (TEP) por violación. Se trata de una mujer de 36 años, que acude a consulta diagnosticada de vaginismo tras haber recibido tratamiento psicológico, basado exclusivamente en exposición, sin resultados satisfactorios. Padece síntomas de reexperimentación muy intensos, pesadillas y flashbacks frecuentes, así como ideación suicida. Sus procesos cognitivos superiores (atención, concentración, memoria...) están muy deteriorados, lo que la incapacita para ajustarse a su vida cotidiana con normalidad (no puede leer, ver la televisión o mantener una conversación). Evita casi todas las actividades que antes realizaba (trabajar, conducir, salir sola a la calle) y sufre niveles de activación muy elevados, destacando la hipervigilancia. No puede mantener relaciones sexuales con su pareja, ha perdido el deseo y la respuesta sexual. El tratamiento se ha fundamentado en una reestructuración cognitiva que ha ido corrigiendo los sesgos cognitivos (atencional e interpretativo) por múltiples explicaciones sobre los cambios que se producen a nivel cognitivo, fisiológico y motor tras haber sido víctima de una experiencia traumática, destacando el papel del aprendizaje emocional en el desarrollo del problema. Los objetivos terapéuticos han consistido en ir eliminando los síntomas del TEP, explicando y adecuando la información a cada experiencia que iba teniendo, trabajando las interpretaciones erróneas sobre lo sucedido cada semana en cada sesión y orientándola en la interpretación correcta. De forma paralela se han trabajado la depresión, la culpa y otras emociones, la autoestima y sus temores a la aproximación sexual de su marido. Tras casi un año de tratamiento, han desaparecido el TEP y la depresión, la paciente ha recuperado su respuesta sexual, su autoestima, se ha reincorporado al mundo laboral y muestra interés por las cosas e ilusión por la vida.



## 2. *Intervención en un caso de violencia familiar y entre iguales*

Martín García, M.J.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I.<sup>2</sup>, Maraver Gil, J<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Fundación Márgenes y Vínculos (Granada y Sevilla)

<sup>2</sup>Universidad de Almería

Mariajesusmg\_@hotmail.com

Este trabajo recoge la presentación de un caso ubicado en una filosofía y metodología de intervención desde una perspectiva funcional-contextual. Se llevó a cabo con una adolescente de 15 años que mostraba patrones de violencia física y verbal, perteneciente a una familia de nivel socio-económico medio-bajo. Los comportamientos violentos se manifestaban en diversos contextos: colegio, ámbito familiar y ámbito socio-comunitario en el que se movía la menor, perteneciendo a un grupo de adolescentes con comportamientos delictivos (banda de “Latin King”). En el inicio de la intervención estaba cursando por segunda vez 2º de Educación Secundaria Obligatoria, pero con un considerable absentismo escolar. La familia de la menor estaba compuesta por la madre que estaba divorciada, la nueva pareja de ésta y dos hermanos también menores. La violencia ejercida por la menor se combinaba con un patrón de desorganización general de la conducta (se negaba reiteradamente a acudir al colegio, dedicaba su tiempo a dormir hasta largas horas de la mañana levantándose para comer, robos, no mostraba hábitos de higiene, cambios constantes de amigos, no seguimiento de normas,...). Contando con numerosas denuncias por los distintos conflictos a nivel familiar-social.

Los objetivos terapéuticos se plantearon a dos niveles: contexto familiar y a nivel individual. Así en la intervención se combinó la orientación y asesoramiento a los padres con la intervención directa con la menor, aplicando algunos componentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Clarificación de valores, Exposición a los eventos privados, Desactivación de funciones y distanciamiento), enfocando la intervención a una redirección de sus valores, aceptación de sus emociones y barreras psicológicas, y el establecimiento de compromisos de actuación. Todos estos contenidos se trabajaron con una serie de herramientas terapéuticas como son: metáforas, ejercicios experienciales y paradojas.

Todas las actuaciones se llevaron a cabo en un marco ambulatorio, dentro del programa “Intervención social y terapéutica con menores que ejercen vio-



lencia física, psicológica y/o sexual de la Fundación Márgenes y Vínculos”. La intervención tuvo una duración total de 14 sesiones, 4 de evaluación (dos con los padres y dos con la hija) y 10 de tratamiento (5 con los padres y 5 con la menor) en las que se lograron la consecución de los objetivos terapéuticos planteados.

En general, la intervención se ha mostrado efectiva para abordar el caso que nos ocupa, de manera que se redujeron a niveles significativos los comportamientos disociales de la chica así como amplió sus actuaciones en direcciones valiosas, clarificó sus valores y mejoraron las relaciones familiares. Señalando la importancia de un trabajo conjunto con padres e hijos en los casos de violencia ya sea esta entre iguales, familiar o escolar y como un correcto análisis funcional del problema permite utilizar las herramientas terapéuticas para solucionar los problemas que topográficamente pueden resultar muy llamativos pero funcionalmente pueden ser clases equivalentes.

### *3. Terapia de Aceptación y Compromiso en personas con discapacidad intelectual: Un estudio de caso*

Lirola Viñolo, M.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I.<sup>2</sup>, Hernández López, M<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Complejo de Atención Integral de personas con discapacidad intelectual “Las Peñicas” (APAFA) Almería

<sup>2</sup>Universidad de Almería

<sup>3</sup>Universidad de Jaén

igomez@ual.es

Algunas personas con discapacidad intelectual con un nivel de lenguaje suficiente, pueden verse afectados por la falta de estrategia para aceptar los eventos privados que pueden generar la no aceptación del diagnóstico de su discapacidad u otras historias personales (abandono, maltrato...).

En este estudio se presenta un caso en el que se abordan los posibles efectos colaterales del diagnóstico de la discapacidad intelectual y otras historias personales, entendidos como formas activas de Evitación Experiencial. La cliente es una mujer de 34 años que vive en una residencia de adultos para PDI, ella y los profesionales que la atienden demandan ayuda para superar sus problemas de agresividad y su inestabilidad emocional. La cliente fue retirada de su entorno familias con 6 años, es dada en acogida a un centro



de menores gestionado por religiosas en el que vive hasta los 31 años, edad en la que se va a su residencia actual. En esta residencia E. lleva varios meses sin acudir al Centro Ocupacional o bien lo hace solo cuando se encuentra bien, no mantiene relaciones interpersonal con sus compañeros, ni contacto con su familia (siendo esto importante para ella) y no acepta vivir con otras personas con discapacidad. En resumen, el problema para E. era sentirse sola, sin una familia normal, con sentimientos de abandono, y sin amigos. Estos pensamientos y sentimientos le generaban malestar que concurrían finalmente en conductas (pegar y molestar a otros, no dormir...) que la alejaban de lo realmente valioso en su vida. Todo esto hacía que a corto plazo ese malestar se viese aliviado y se sintiese más tranquila pero después del bienestar inmediato se sintiera mucho peor y comenzara a repetirse de nuevo el círculo vicioso del que no sabía salir.

La intervención llevada a cabo, consistió en la aplicación de componentes de la Modificación de Conducta desde una perspectiva funcional-contextual y los distintos componentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso-ACT. Además, de las sesiones individuales con la paciente se llevaban a cabo reuniones de coordinación con los diferentes profesionales que estaban implicados en las rutinas de la paciente, especialmente ellos colaboraron en la intervención en el desarrollo de habilidades (instrucciones, modelado para utilizar tarjeta de crédito, buscar información en ayuntamiento, coger autobús para ver a su madre, ...) para que E. realizara distintas acciones para conseguir sus valores.

Los resultados hallados reflejan que ACT resulta valiosa para ayudar a personas con discapacidad intelectual a superar las posibles barreras psicológicas o problemas de control emocional que estén limitando la adaptación y la toma de contacto con el momento presente y lo que consideran valioso en su vida. De hecho, la paciente aumenta en todas aquellas acciones dirigidas a sus valores ahora clarificados, acciones que son nuevas y que aborda con la dificultad añadida de sus dificultades psicológicas por su discapacidad, para lo que fue de especial relevancia la ayuda emocional y el soporte educativo de los profesionales que están encargados de su tutorización.



#### ***4. Clarificación de valores desde la Terapia de Aceptación y Compromiso en una familia en riesgo de exclusión social***

Martínez Martín, M.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I.<sup>2</sup>, Hódar Pérez, J.C.<sup>3</sup>, Hernández López, M.<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Centro de Atención Infantil Temprana Asprodesa (FEAPS ANDALUCIA)

<sup>2</sup>Universidad de Almería

<sup>3</sup>Equipo de Tratamiento Familiar en Servicios Sociales (Ayuntamiento de Motril)

<sup>4</sup>Universidad de Jaén

igomez@ual.es

Estar en riesgo de exclusión social y/o tener un/a hijo/a con un diagnóstico de discapacidad intelectual pueden ser circunstancias que unidas a la inexistencia de apoyos a nivel socio-familiar generen patrones de regulación verbal problemáticas que están a la base del Trastorno de Evitación Experiencial y que actúan como barreras psicológicas ante lo que una persona considera valioso en su vida. En este estudio se presenta un caso de una madre que muestra patrones de evitación y presenta ciertas barreras psicológicas de cara a actuar como aquella madre “que le gustaría ser” y en la dirección que debe (a efectos legales) considerar valiosa de cara a la atención y bienestar de sus hijos.

M. es una mujer de 37 años, madre de 4 hijos. Actualmente vive con su segunda pareja, padre de sus dos hijos menores, y con sus hijos mayores. Es atendida por un Equipo de Tratamiento Familiar (Servicios Sociales) que tras unos meses de trabajo con ella, cierra el expediente del caso solicitando una medida de protección por parte de la autoridad competente. Esta situación unida a la discapacidad intelectual de su 3ª hija no es aceptada por M, lo cual la empuja a una depresión y la “paraliza” en sus actuaciones como madre.

En suma, M. estaría impactada psicológicamente por el diagnóstico y atención requeridas por su hija, por sus temores ante su situación familiar, y por la ausencia de apoyos socio-familiares. Muestra considerables niveles de ansiedad, sentimientos de incertidumbre y de desesperanza destructiva, que la llevan a dejar de actuar en cuanto a las labores diarias y la atención de sus hijos, aumentando esta situación sus eventos privados negativos, de tal manera que su situación se ha convertido en un círculo vicioso del que expresa “no poder salir”.



En la intervención se propone desde el primer momento una clarificación de valores y la aceptación psicológica, aplicando diversos componentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso que se incorpora a la intervención que ya se venía llevando a cabo desde otra perspectiva. Asimismo se establecen diferentes compromisos conductuales usando para ello la Guía de evaluación de valores educativos y familiares.

Los resultados sugieren que ACT puede ser prometedora para ayudar a padres a actuar en la dirección valiosa que elijan con respecto al bienestar de sus hijos teniendo en cuenta que se parte de otro tratamiento previo que ha logrado escasos e insuficientes cambios. No obstante analizaremos las mejoras secuenciales y no estableceremos una comparación entre intervenciones o terapias más clásicas y ACT. Este estudio aporta nuevos datos empíricos que se añaden al saber acumulado en este ámbito y que apoya la gran versatilidad y flexibilidad de esta estrategia terapéutica, que se muestra útil en diferentes campos clínicos. Consideramos se necesitan datos de efectividad de los tratamientos en problemas como este del maltrato infantil del que se ocupa este estudio, y que son de difícil pronóstico y elevada gravedad social.

### ***5. Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso al tratamiento de un caso de abusos sexuales***

Molinero Roldán, J.M.

Centro LeBlanc y Mayo

lyma@arrakis.es

Se presenta un caso de un adulto que sufrió abusos sexuales en la infancia abordado mediante la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Desde una perspectiva contextual funcional, se han presentados en la última década una serie de terapias que Hayes (2.004) ha denominado de tercera generación. Entre ellas cabe destacar la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La ACT se asienta en lo que se ha venido a denominar Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes, Wilson Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001) consistente en un patrón inflexible, caracterizado por numerosos modos de respuesta que buscan evitar y suprimir la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados, que resultan negativos o se acompañan de malestar, con el fin de poder vivir. Así,



la evitación experiencial inflexible se puede considerar un componente funcional central en numerosos trastornos de los diferenciados en los sistemas de clasificación de la Salud/Enfermedad Mental.

En el presente trabajo se propone que las consecuencias o síntomas derivados de los abusos sexuales sufridos también podría considerarse como una forma de no aceptación psicológica y, por tanto, un ejemplo más de Trastorno de Evitación Experiencial. Dado que el hecho de haber sufrido abusos sexuales es un evento no susceptible de ser cambiado, la integración del mismo es la única vía disponible y la evitación de los contenidos derivados de ello constituye una condición que puede ser psicológicamente perjudicial, ya que los intentos por alterar la frecuencia o forma de los recuerdos, sentimientos o pensamientos, resultan en una limitación a largo plazo de la vida.

Se trata de una mujer de 25 años. Proviene de una familia numerosa, de nivel socioeconómico bajo y compuesta por padres con antecedentes de alcoholismo y son 10 hermanos.

Para el tratamiento se llevaron a cabo 17 sesiones incluyendo la primera entrevista, 2 iniciales de evaluación, 15 de tratamiento. Las sesiones de evaluación e intervención tuvieron periodicidad semanal durante las primeras 12 y quincenal las 3 últimas.

## ***6. Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso al tratamiento de un trastorno de amnesia disociativa***

Molinero Roldán, J.M.

Centro LeBlanc y Mayo

lyma@arrakis.es

Se presenta un caso de sintomatología disociativa abordado mediante la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Por tanto, la característica principal de este trastorno es la pérdida de memoria en general para hechos recientes importante, no debida a trastorno mental orgánico y demasiado intensa como para ser explicada por un olvido ordinario o por cansancio. La amnesia se centra habitualmente alrededor de acontecimientos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados y suele ser parcial y selectiva. Los estados afectivos que la acompañan suelen ser muy variados y pueden presentarse perplejidad, angustia y en algunos casos depresión.



Desde una perspectiva contextual funcional, se han presentados en la última década una serie de terapias que Hayes (2.004) ha denominado de tercera generación. Entre ellas cabe destacar la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). ACT se asienta en lo que se ha venido a denominar Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes, Wilson Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001) consistente en un patrón inflexible, caracterizado por numerosos modos de respuesta que buscan evitar y suprimir la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados, que resultan negativos o se acompañan de malestar, con el fin de poder vivir. Así, la evitación experiencial inflexible se puede considerar un componente funcional central en numerosos trastornos de los diferenciados en los sistemas de clasificación de la Salud/Enfermedad Mental.

En el presente trabajo se propone que el trastorno de amnesia disociativa también podría considerarse como una forma de no aceptación psicológica y, por tanto, un ejemplo más de Trastorno de Evitación Experiencial.

Se trata de una mujer de 44 años, casada, que vive con su marido y tiene un hijo de 20 años que vive en otra ciudad. Durante su vida ha sufrido la muerte de una hija en un incendio cuando ésta tenía 10, un hijo hace 10 años en una operación de corazón cuando tenía 6 años de edad y ahora la hija de 8 años de cáncer.

Durante la evaluación se constató que los diferentes síntomas respondían a una misma función, evitar los contenidos (pensamientos, sensaciones, sentimientos, recuerdos, etc,...) provenientes de la muerte de su hija. Se llevaron a cabo 25 sesiones incluyendo la primera entrevista, 2 iniciales de evaluación, 18 de tratamiento y 4 de seguimiento con una duración media de una hora.

### ***7. Análisis de las barreras Psicológicas en familias de niños y adolescentes con diabetes. Mejora a través de talleres centrados la aceptación y clarificación de valores***

Gómez Becerra, I., Yagüe López, L.M.  
Universidad de Almería  
igomez@ual.es

En determinadas situaciones los padres se sienten con dificultades para poner en marcha actuaciones valiosas para con sus hijos, así tanto en la educación como en la salud, los padres suelen tener claro qué desean o esperan



para sus hijos, y en numerosas ocasiones también saben como favorecer o procurar ese panorama, si bien esto, frecuentemente no guarda concordancia con sus actuaciones. En el presente estudio llamamos a estas dificultades “barreras psicológicas”. Entendiendo que la diabetes infantil o adolescente puede ser una situación que potencie en algunas familias las citadas barreras en cuanto a una buena adherencia, y a favorecer el autocontrol y la responsabilidad en sus hijos. En concreto, se mide si en las familias participantes existen algunas de esas barreras y correlacionan con niveles de malestar. Para estos fines se diseñaron dos estudios:

En el primero participan 13 familias de niños diabéticos entre 9 y 16 años en las que se miden y relacionan las siguientes variables: Nivel de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora (medidos a través del ISRA); así como barreras o dificultades medidas a través del cuestionario de barreras al cumplimiento (Glasgow, McCaul y Shafer, 1986). A nivel general los resultados muestran que los padres tienen altos niveles de ansiedad si bien no lleva aparejada mayores dificultades en el tratamiento. Mostrándose también que a mayor tiempo con el tratamiento no desaparecían las dificultades en cuanto un adecuado cumplimiento. Con respecto a los padres la dificultad más señalada venía de la tendencia de éstos a recriminar a sus hijos cuando los análisis de glucemia salen altos.

En el segundo estudio participan 8 familias, de aquellas que participaron en el estudio anterior y deciden acudir a una dinámica de grupo. Dado que en la actualidad la terapia de aceptación y compromiso se ha mostrado de gran utilidad para el manejo de estas situaciones que interfieren con la puesta en marcha de actuaciones eficaces, se consideró oportuna la aplicación de talleres grupales, siguiendo la lógica de la terapia ACT. La intervención se lleva a nivel grupal, comprende 7 sesiones presenciales en las que las terapeutas van presentando gradualmente todos los componentes abordados en esta terapia, en concreto se va analizando el papel de: las barreras psicológicas en las actuaciones de valor, el control cognitivo como problema, los valores en nuestra vida y si andamos en dirección a ellos, el distanciamiento de nuestros eventos privados molestos de cara a actuar de forma valiosa, el yo como contexto, y el compromiso con acciones de valor. La dinámica de los talleres fue interactiva, solicitando ejemplos y modelos de actuación a los padres tanto de lo que habían venido haciendo hasta ahora (hubiera, o no, sido efectivo) como de lo que iban probando de una sesión a otra de la intervención.



A través de la aplicación de estos talleres los padres participantes han establecido un compromiso para actuar de forma valiosa con sus hijos, viéndose un incremento en la satisfacción percibida de los padres en dirección hacia esas acciones y un incremento y mejora de las mismas.



## Infancia, familia y estilos educativos

**Coordinador: Miguel Ángel Santed (UNED)**

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, 17:00 h.

Aula Magna 'Jacobo del Barco' (Facultad de Humanidades)

1. *Bienestar psicológico en una muestra de progenitores divorciados: el papel del estilo de apego, la dependencia y la iniciativa en la adaptación al divorcio*  
Yárnoz, S., Biurrun, J., Comino, P., Plazaola, M.  
Universidad del País Vasco
2. *Acuerdo parental y ajuste emocional en la infancia y adolescencia*  
Rodríguez Serrano, M.A., Del Barrio Gándara, V., Carrasco Ortiz, M.A.  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico, Facultad de Psicología (UNED)
3. *Cambios en los estilos de crianza parentales relacionados con las manifestaciones agresivas y depresivas de los hijos*  
Rodríguez Serrano, M.A., Del Barrio Gándara, V., Carrasco Ortiz, M.A.  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico, Facultad de Psicología (UNED)
4. *Psicopatología en adolescentes y su relación con el estilo educativo de los padres*  
Montero Jiménez, M; Jiménez Tallón, M<sup>a</sup> A.  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico, Universidad de Murcia
5. *Los problemas en la infancia y el papel de los estilos educativos de los padres*  
Gómez Becerra, I.<sup>1</sup>, Hernández López, M.<sup>2</sup>, Martín García, M.J.<sup>3</sup>, González, C<sup>4</sup>.  
<sup>1</sup>Universidad de Almería  
<sup>2</sup>Universidad de Jaén  
<sup>3</sup>Fundación Márgenes y Vínculos (Granada).



*6. Análisis de valores en familias de riesgo y aplicación de la terapia de Aceptación y Compromiso en problemas de relación familiar y maltrato infantil*

Hódar Pérez, J.C.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Equipo Tratamiento Familiar - Centro Servicios Sociales Ayuntamiento Motril (Granada)

<sup>2</sup>Universidad de Almería



## ***1. Bienestar psicológico en una muestra de progenitores divorciados: el papel del estilo de apego, la dependencia y la iniciativa en la adaptación al divorcio***

Yárnnoz, S., Biurrun, J., Comino, P., Plazaola, M.

Universidad del País Vasco

sagrario.yarnoz@ehu.es

Como en la mayoría de las sociedades industrializadas, la incidencia del divorcio en el estado español está aumentando de manera imparable desde su legalización en 1981. Según datos del INE (2007), España es el tercer país de la Unión Europea, después de Portugal e Italia, donde la proporción de divorcios ha aumentado más en la última década (casi un 40% desde 1996). El divorcio representa un cambio vital importante con efectos negativos para el bienestar psicológico de las personas (adultos y niños) a las que afecta. En este trabajo presentamos un análisis del papel jugado en la adaptación al divorcio de los progenitores por determinadas variables: el estilo de relación o de apego, la iniciativa en el divorcio y la dependencia -emocional e instrumental-. Como variables que reflejan la adaptación o desadaptación al divorcio utilizamos la afectividad positiva y negativa. Progenitores divorciados procedentes de una ciudad del País Vasco (N= 40) tomaron parte en este estudio. Los resultados reflejan una menor proporción de personas con apego seguro en la muestra de divorciados. Estilo de apego y dependencia (emocional e instrumental) están fuertemente correlacionados. También hemos encontrado asociaciones entre medidas que evidencian la falta de ajuste al divorcio y los estilos de apego preocupado y temeroso. El ajuste esta relacionado con un estilo de apego desvalorizador y la dimensión evitación. No hemos encontrado asociaciones entre la iniciativa en el divorcio y medidas de apego o dependencia. Análisis de regresión múltiple sugieren que el apego seguro y la dimensión evitación predicen una parte importante de la varianza del ajuste al divorcio (afectividad positiva). La falta de ajuste al divorcio (afectividad negativa), es predicha por el estilo de apego preocupado y la dimensión de ansiedad.



## ***2. Acuerdo parental y ajuste emocional en la infancia y adolescencia***

Rodríguez Serrano, M.A., Del Barrio Gándara, V., Carrasco Ortiz, M.A.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico, Facultad de Psicología (UNED)

mars@cop.es

El presente estudio analiza la relación entre la inconsistencia interparental de los hábitos de crianza y la presencia de conductas desajustadas exteriorizadas e interiorizadas en los hijos.

La muestra analizada se compone de un total de 1159 sujetos, 525 varones (45,3 %) y 634 mujeres (54,7%) de edades comprendidas entre 8 y 17 años.

Los resultados muestran que los sujetos procedentes de hogares inconsistentes en control, hostilidad y comunicación, mostraron más conductas agresivas y depresivas que los sujetos de hogares consistentes. La inconsistencia en las estrategias de control interparental fue la variable predijo mejor las alteraciones estudiadas. No apareció un patrón específico de inconsistencia ligado a la agresión o la sintomatología depresiva del niño, sin embargo, la inconsistencia interparental se asoció especialmente con la primera.

## ***3. Cambios en los estilos de crianza parentales relacionados con las manifestaciones agresivas y depresivas de los hijos***

Rodríguez Serrano, M.A., Del Barrio Gándara, V., Carrasco Ortiz, M.A.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico, Facultad de Psicología (UNED)

mars@cop.es

En este trabajo se estudian las modificaciones en los estilos de crianza de la madre y del padre en relación con los problemas de ajuste emocional de sus hijos. Para apreciar las variaciones en la crianza a lo largo del tiempo la investigación tiene un diseño longitudinal de tres años.

La muestra se compone de 523 sujetos de los que 216 son varones (41,3%) y 307 mujeres (58,7%). El rango de edad osciló entre 10 y 16 años, con una media de 12.15 años.



Los resultados muestran que las emociones de los hijos, tanto exteriorizadas como interiorizadas, son buenas predictoras de los hábitos de crianza positivos y negativos; las emociones exteriorizadas (agresión total, física y verbal) predicen mejor los cambios en los hábitos de crianza en ambos padres que las interiorizadas (depresión). La madre, frente al padre, es ligeramente más sensible a las emociones de los hijos.

La presencia de agresividad y depresión en los hijos predice un decremento de la crianza basada en el afecto, el diálogo, la implicación y el elogio, y un aumento de control, supervisión, autoridad, y manifestaciones hostiles, negligentes y permisivas por parte de los padres

#### ***4. Psicopatología en adolescentes y su relación con el estilo educativo de los padres***

Montero Jiménez, M; Jiménez Tallón, M<sup>a</sup> A.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico, Universidad de Murcia

ajtallon@um.es

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo es estudiar la relación entre los estilos educativos de los padres y la presencia de características de personalidad y síndromes clínicos en una muestra de adolescentes murcianos.

**Metodología:** La muestra estudiada está constituida por 67 adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 17 años, de los cuales hubo que excluir 10, quedando una muestra constituida por 22 varones y 35 mujeres, pertenecientes a dos cursos de la ESO de un Instituto de enseñanza secundaria ubicado en Murcia capital.

A cada uno de los sujetos de la muestra le fueron aplicados dos cuestionarios: La Escaqla de estilos de socialización en la adolescencia (ESPA 29) y el MACI. Inventario clínico para adolescentes de Millon.

Los datos obtenidos se han analizado mediante el Programa informático SPSS-15 y se han obtenido los siguientes resultados

**Resultados y conclusiones:**

1. Los adolescentes de la muestra que perciben mayor aceptación/implicación de sus padres, presentan menor tendencia al suicidio, menor introversión, mayor egocentrismo y mayor sensibilidad social



2. Los adolescentes que perciben mayor coerción/ imposición por parte de sus progenitores se muestran más pesimistas y con mayor insensibilidad social
3. Los sujetos de la muestra con más características de predelinuencia, consumen más sustancias tóxicas, son menos depresivos y predominantemente varones
4. Los sujetos de la muestra con mayor insensibilidad social son los que perciben una menor aceptación/implicación parental
5. Los estilos educativos de padre y madre correlacionan positivamente entre sí

### ***5. Los problemas en la infancia y el papel de los estilos educativos de los padres***

Gómez Becerra, I.<sup>1</sup>, Hernández López, M.<sup>2</sup>, Martín García, M.J.<sup>3</sup>, González, C<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Universidad de Almería

<sup>2</sup>Universidad de Jaén

<sup>3</sup>Fundación Márgenes y Vínculos (Granada)

igomez@ual.es

El estudio epidemiológico y correlacional que se presenta tiene un doble objetivo: (1) estudiar la prevalencia de problemas psicológicos en una muestra representativa de niños de entre 6 y 12 años; y (2) analizar la función que cumplen los valores, las creencias, los estilos educativos, y las prácticas de crianza de los padres en relación a lo primero y como potenciales factores de riesgo o de protección de diferentes problemas Psicol.gico.

Se evaluó a un total de 455 padres con hijos de entre 6 y 12 años escolarizados en la ciudad de Almería. Para su selección se aplicó un muestreo aleatorio estratificado (error de precisión 0.03, nivel de significación 0.05). La prevalencia de problemas psicológicos se midió a través de la escala CBCL (adaptación española del Achenbach's Questionnaire). Para evaluar los valores, creencias, estilos educativos y prácticas de crianza se administró una encuesta elaborada por los propios autores para esta investigación (FEE).

Los principales resultados podrían resumirse en lo siguiente: se observa una prevalencia media de problemas psicológicos en la infancia (24.36 en la CBCL); los problemas externalizantes y los combinados son los que presentan



una prevalencia más alta; existen diferencias en cuanto a los problemas que presentan los niños y las niñas. Algunas actuaciones de los padres podrían estar funcionando como factores de riesgo (por ej. repetir insistentemente las instrucciones, utilizar frecuentemente los castigos, ceder a las demandas de los niños, premiarles permitiéndoles abandonar sus obligaciones en casa o realizar actividades que normalmente les están prohibidas, tratar de razonar continuamente con ellos, etc.); mientras que otras actuaciones podrían estar funcionando como factores de protección (por ej. ser sistemáticos en la aplicación de contingencias, reforzar a los niños describiéndoles exhaustivamente lo que han hecho bien, aplicar consecuencias positivas cuando los niños cumplen sus promesas, etc.).

### ***6. Análisis de valores en familias de riesgo y aplicación de la terapia de Aceptación y Compromiso en problemas de relación familiar y maltrato infantil***

Hódar Pérez, J.C.<sup>1</sup>, Gómez Becerra, I<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Equipo Tratamiento Familiar - Centro Servicios Sociales Ayuntamiento Motril (Granada)

<sup>2</sup>Universidad de Almería

hodarperez@hotmail.com

La investigación realizada pretende ampliar o ensamblar el modelo conductual basado en la enseñanza de habilidades parentales con las actuales herramientas terapéuticas que nos proporcionan las llamadas terapias de tercera generación, concretamente la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), y los recientes avances realizados en el campo básico sobre lenguaje y cognición humanas (Teoría de los Marcos Relacionales), aplicándolo al tratamiento del problema del maltrato infantil en contextos institucionales. ACT es una aproximación general muy flexible que permite una amplia variedad de innovaciones y adaptaciones y cuya aplicación a este campo parece fructífera.

Se ha analizado la presencia de regulaciones verbales problemáticas en las familias que maltratan o son negligentes con sus hijos así como una serie de eventos verbales que para estos padres o cuidadores se pueden estar interponiendo frente a sus valores con respecto a la educación y crianza, controlando ciertos comportamientos que terminan perjudicando o retrasando el



desarrollo de los menores y que limitan la vida de los padres en una faceta valiosa para ellos. Se ha considerado en este estudio que para que los logros de la terapias realizadas se mantengan hemos de evaluar necesariamente cuales son los valores que los individuos tratados presentan con respecto a su familia y esperan con respecto a la educación de sus hijos.

Por todo ello se ha sistematizado un procedimiento para la evaluación de aquellos valores que pueden estar implicados en la interacción con los menores y que tienen por tanto un efecto sobre su bienestar, elaborando una guía o cuestionario que puede servir de ayuda a otros profesionales.

Buscando mejorar el tratamiento del maltrato infantil, su porcentaje de éxito y sus posibilidades de generalización se han aplicado los diferentes componentes de ACT que se derivan de los que se consideran los procesos centrales en esta Terapia (la aceptación, la defusion cognitiva, el yo como contexto, el contacto con el momento presente, los valores y el compromiso con la acción) y que ya se ha llevado a cabo en el campo del entrenamiento con padres en algunos trabajos previos. Para comprobar la efectividad de este abordaje se han medido tras la aplicación de esta intervención los cambios sucedidos en las interacciones familiares, el comportamiento de los menores, y el nivel de bienestar o reducción del riesgo del maltrato. El diseño experimental seguido ha sido de caso único A-B con medidas de conductas-objetivo múltiples con réplicas a través de sujeto. La población sobre la que se realizó la constituye un conjunto de 3 familias con cuatro menores, derivadas al programa de tratamiento familiar del Ayuntamiento de Motril en el año 2007.

Los datos obtenidos apuntan a la utilidad de ACT como estrategia terapéutica para promover cambios en este tipo de problemas y nos indican además la posible ganancia con respecto a otras aproximaciones más clásicas dentro de la línea del análisis de conducta. No obstante, también nos sitúan sobre las posibles limitaciones o condiciones prerrequisitas necesarias para la aplicación de ACT o cualquier otra Terapia.



# SESIÓN DE POSTERS

---







## Psicopatología y psicología clínica en la edad adulta

Coordinadora: Pilar Martínez (Universidad de Granada)

Jueves, 27 de Noviembre de 2008, a partir de las 9:00 h.

Vestíbulo Facultad de Humidades

1. *Intervención en un trastorno de ansiedad generalizada*  
Alvarez Arroyo S., Oviedo De Lucas O.  
ESM de Llerena (Badajoz)
2. *Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual protocolizado en formato grupal*  
Machado A., Pérez Portas L., Díaz-Sibaja MA., Peris- Mencheta L.  
SAS Hospital Punta de Europa (Algeciras)
3. *Adherencia a un tratamiento cognitivo conductual protocolizado en formato grupal*  
Pérez Portas, L., Machado A., Trujillo A.  
SAS Hospital Punta de Europa (Algeciras)
4. *Validación del Cuestionario de Autoeficacia al Intervenir en Público en población general*  
Gallego M<sup>a</sup> J.<sup>1</sup>, Botella, C.<sup>2 4</sup>, García-Palacios, A.<sup>2 4</sup>, Quero, S.<sup>2 4</sup>, Baños, R.M.<sup>3 4</sup>  
<sup>1</sup>University of Amsterdam  
<sup>2</sup>Universitat Jaume I  
<sup>3</sup>Universidad de Valencia  
<sup>4</sup>CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CB06/03), Instituto de Salud Carlos III
5. *Propiedades psicométricas de la versión Española abreviada del “Cuestionario de Confianza para Hablar en Público” (Personal Report of Confidence as Speaker) en población clínica*  
Gallego, M.J.<sup>1</sup>, Botella, C.<sup>2 4</sup>, García-Palacios, A.<sup>2 4</sup>, Quero, S., Baños, R.M.<sup>3 4</sup>  
<sup>1</sup>University of Amsterdam, Universitat Jaume I  
<sup>2</sup>Universidad de Valencia  
<sup>3</sup>CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CB06/03)  
<sup>4</sup>Instituto de Salud Carlos III



6. *Eficacia de la tensión aplicada en el tratamiento de la fobia a la sangre*  
Borda Mas, M.<sup>1</sup>, López Jiménez, A. M.<sup>2</sup>, Pérez San Gregorio, M. A.<sup>1</sup>,  
Averages Navarro, M. L.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos  
<sup>2</sup>Departamento de Psicología Experimental, Facultad de Psicología  
Universidad de Sevilla
7. *Impulsividad y Búsqueda de Sensaciones: Factores Asociados a la Anorexia y Bulimia Nerviosas*  
Castro Zamudio, S.<sup>1</sup>, Castro Barea, J.<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Uni-  
versidad de Málaga, <sup>2</sup>Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, dis-  
trito Sanitario Málaga
8. *Evaluación de ansiedad y depresión en pacientes mexicanos con dolor crónico*  
Villa George, F. I., Vázquez Pineda, F.  
Universidad Nacional Autónoma de México (México)
9. *Creencias comunes sobre depresión en población general*  
Nogueira Cruz, J.<sup>1</sup>, Montoro Adrover, L.<sup>2</sup>, Godoy García, J.F.<sup>3 4</sup>, Godoy  
Izquierdo, D.<sup>3 4</sup>.  
<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Univ. Granada  
<sup>2</sup>Clínica Rotger (Palma de Mallorca)  
<sup>3</sup>Depto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad  
de Psicología, Univ. Granada  
<sup>4</sup>Grupo de Investigación CTS-0267. Facultad de Psicología, Univ. Gra-  
nada
10. *Creencias comunes sobre depresión en población general: diferen-  
cias debidas al sexo, la edad, el nivel educativo y la experiencia con  
la enfermedad*  
Nogueira Cruz, J.<sup>1</sup>, Montoro Adrover, L.<sup>2</sup>, Godoy García, J.F. <sup>3 4</sup>, Go-  
doy Izquierdo, D.<sup>3 4</sup>.  
<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Granada  
<sup>2</sup>Clínica Rotger, Palma de Mallorca  
<sup>3</sup>Depto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad  
de Psicología, Universidad de Granada



<sup>4</sup>Grupo de Investigación CTS-0267, Facultad de Psicología, Universidad de Granada

*11. La suspicacia como un predictor de depresión*

Trujillo A., Peris-Mencheta L., Diaz\_Sibaja M. A., Pérez Portas, L.  
SAS Hospital Punta de Europa

*12. Relación entre síntomas psicóticos y estados emocionales negativos en pacientes de larga evolución*

Ayer, Y., Barilero, P., Cabezuelo, E.M., Llamas, M.A., Martín, G., Sancho, C., Nieto, M., Carrasco, O., Navarro, D.  
Departamento de Programas, Programa de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Castilla-La Mancha, Fundación socio-sanitaria de Castilla La Mancha para la integración laboral del enfermo mental (FISLEM)

*13. La escala REF de pensamiento referencial como criterio de evolución terapéutica*

Benítez Hernández, M.M., Valdés Díaz, M., Rodríguez Testal, J.F, Senín Calderón, C., Fuentes Márquez, S., Fernández Jiménez, E., Delgado Ríos, P.  
Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

*14. ¿Existen diferentes tipos de necesidades en función de la evolución del trastorno psicótico?*

Ochoa, S., Barajas, A., Baños, I., Usall, J., Villalta, V., Dolz, M., Sánchez, B., Cervilla, J., Vilaplana, M., Foix, A., Haro, J.M., Autonell, J.  
Sant Joan De Déu - Serveis De Salut Mental

*15. Estudio bibliométrico y análisis de contenido de las publicaciones sobre el trastorno por atracción (años 2000/07)*

Coronado Moreno, L., Borda Mas, M.  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla



*16. Trastornos de personalidad en drogodependientes: evaluación mediante MCMMI-2*

Ballester Arnal, R.<sup>1</sup>, Baquero Escribano, A.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaime I de Castelló

<sup>2</sup>Centro de Encuentro y Acogida de Castellón

*17. Aplicación de un programa rehabilitador combinando módulos de la ITP con módulos de terapia interpersonal (Yalom). Programa piloto*

Granell, L., Villalta, V., Aparicio, L., de Apraiz, A., Forcén, M., Ochoa, S., Sant Joan de Deu- Servei de Salut Mental, (Barcelona)

*18. Estudio del acoso laboral en población atendida en centros de salud mental (C.S.M)*

Castillo, I., Aparicio, S., Ventura, C., Ochoa, S.

Sant Joan de Deu- Servei de Salut Mental, (Barcelona)

*19. La importancia de la evaluación de los valores personales en las primeras consultas de salud mental ambulatoria en el trabajo de los psicólogos internos residentes.*

Padilla Torres, D., Junyent Freixenet, N., Leal Leturia, I.

Hospital universitario Vall D´Hebrón

*20. ¿Existen diferencias en función de la edad en intrusiones, valoraciones y estrategias de control?*

Jiménez Ros, A.M.<sup>1</sup>, Pascual Orts, L.M.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidade do Algarve (Portugal)

<sup>2</sup>Universidad de Huelva

*21. Trastorno Obsesivo Compulsivo*

Gutiérrez Trigo, J.M.

Psicología Diez

*22. El Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark-Beck: un instrumento de cribado para el TOC*

Reina, N.<sup>1</sup>, Belloch, A.<sup>2</sup>, García-Soriano, G.<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Corporació Sanitària Parc Taulí

<sup>2</sup>Universidad de Valencia, Universitat Jaume I



23. *¿Qué variables predicen los pensamientos intrusos de contenido alimentario?*

Roncer, M.<sup>1</sup>, Perpiñá, C.<sup>1 2</sup>, Belloc, A<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Valencia

<sup>2</sup>CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto Salud Carlos III

24. *El Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos: una nueva herramienta para abordar el tratamiento cognitivo del TOC*

García-Soriano, G.<sup>1</sup>, Reina, N.<sup>2</sup>, Roncero, M.<sup>3</sup>, Belloch, A.<sup>3</sup>, Morillo, C.<sup>4</sup>, Cabedo, E.<sup>5</sup>, Carrió, C.<sup>6</sup>, Perpiñá, C.<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Universidad Jaime I (Castellón)

<sup>2</sup>Corporación Sanitaria Parc Taulí

<sup>3</sup>Universidad de Valencia, Agencia Valenciana de Salud departamento (Valencia)

<sup>4</sup>Centro de Salud Mental de Foios (Valencia)

<sup>5</sup>Centro de Salud Mental de Burjassot (Valencia)

25. *Fiabilidad y validez de dos escalas de rumiación: LARSS y SMRI*

Gómez Baya, D. J.

Universidad de Huelva

26. *Adaptación a población española de la International Intrusive Thoughts Interview Schedule. Resultados preliminares*

López Vilaplana, N.<sup>1</sup>, Belloch, A.<sup>2</sup>, Ciscar, S<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Centro de rehabilitación de enfermos mentales crónicos de Paterna, Agencia Valenciana de Salud

<sup>2</sup>Universidad de Valencia

<sup>3</sup>USM Burjassot, Agencia Valenciana de Salud

27. *Reducción del número y días de ingresos en un programa de tratamiento asertivo o comunitario*

López Santiago, J.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

28. *Diferencias y similitudes clínicas entre el trastorno de somatización y el trastorno hipocondríaco*

López Santiago, J.<sup>1</sup>, Belloch, A.<sup>2</sup>, Colomer, I.<sup>1</sup>, Gómez García, M<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (SESCAM)

<sup>2</sup>Universidad de Valencia



## **1. Intervención en un trastorno de ansiedad generalizada**

Alvarez Arroyo S., Oviedo De Lucas O.

ESM de Llerena (Badajoz)

sonickalvarezarroyo@gmail.com

Presentamos el caso de una mujer la cual es diagnosticada según criterios diagnósticos del DSM IV TR, de un trastorno de ansiedad generalizada. Tras exponer los datos más significativos de su historial clínico, explicaremos el proceso de evaluación y finalizaremos comentando los objetivos psicoterapéuticos planteados así como las líneas de intervención que se llevaron a cabo.

## **2. Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual protocolizado en formato grupal**

Machado A., Pérez Portas L., Díaz-Sibaja MA., Peris-Mencheta L.

SAS Hospital Punta de Europa (Algeciras)

albermachado@hotmail.com

La depresión es uno de los trastornos de salud más frecuentes e incapacitantes tanto en la población europea, como en el resto del mundo. En España, la prevalencia de la depresión oscila entre el 5 y el 20 % en función de la población objeto de estudio. La sintomatología asociada a los trastornos depresivos conlleva, en la mayoría de los casos, una merma en la calidad de vida de las personas que los padecen. La terapia cognitiva-conductual se considera de probada eficacia y constituye una de las terapias de primera elección en el tratamiento de los trastornos depresivos, ya sea en formato individual o grupal.

**Objetivo:** El principal objetivo de este estudio fue diseñar, poner en práctica y validar el programa de tratamiento cognitivo-conductual en formato grupal y protocolizado que lleva por título “Aprendiendo a ser feliz....si me esfuerzo”.

**Método:** La muestra inicial de nuestro estudio piloto estuvo compuesta por un grupo de diez pacientes del Equipo de Salud Mental de Distrito-Algeciras diagnosticados con trastornos del estado de ánimo. Para la evaluación empleamos los siguientes cuestionarios: *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*, *Escala de Calidad de Vida para la Depresión (QLDS)*, y el *Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q)*.



Resultados: Tras la implementación del programa de tratamiento observamos una mejoría clínica y estadísticamente significativa en las variables *BDI* ( $p < 0,05$ ), *QLDS* ( $p < 0,05$ ) y *Q-LES-Q* salud física ( $p < 0,05$ ).

Conclusiones: El programa “Aprendiendo a ser feliz....si me esfuerzo” resulta eficaz para disminuir la sintomatología depresiva y producir una mejora en la calidad de vida y satisfacción de las personas con trastornos depresivos.

### **3. Adherencia a un tratamiento cognitivo conductual protocolizado en formato grupal**

Pérez Portas, L., Machado A., Trujillo A.  
SAS Hospital Punta de Europa (Algeciras)  
perezportas@hotmail.com

La adherencia al tratamiento refleja una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado, de manera que la identificación de variables asociadas a una baja adherencia al tratamiento grupal permitirá adecuar la intervención terapéutica y mejorar dichos resultados.

Objetivo: El principal objetivo de este estudio fue observar y analizar, previamente a la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual protocolizado en formato grupal (Aprendiendo a ser feliz, si me esfuerzo), si existían diferencias en la sintomatología depresiva, la calidad de vida y la satisfacción dependiendo del nivel de adherencia a dicho tratamiento de los pacientes a lo largo de la intervención.

Método: La muestra inicial de nuestro estudio piloto estuvo compuesta por un grupo de diez pacientes del Equipo de Salud Mental de Distrito-Algeciras diagnosticados con trastornos del estado de ánimo. Dado que no existe un consenso sobre definición de baja adherencia en programas de intervención psicológica grupal, consideramos que el criterio de porcentaje de no asistencia (30% de las sesiones totales) era el que mejor lo reflejaba en nuestro caso.

Para la evaluación empleamos los siguientes cuestionarios: *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*, *Escala de Calidad de Vida para la Depresión (QLDS)*, y el *Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q)*.



Resultados: Tras el análisis de los resultados hallamos diferencias estadísticamente significativas en las variables satisfacción del estado de ánimo ( $p < 0,01$ ), satisfacción en las tareas del hogar ( $p < 0,01$ ) y satisfacción general ( $p < 0,01$ ), entre los pacientes con una buena adherencia al tratamiento y los que no asistieron regularmente a las sesiones grupales programadas.

Conclusiones: Los pacientes que presentaron una baja adherencia al tratamiento partían de un nivel previo menor de satisfacción general, relacionada con su estado de ánimo y con las tareas del hogar.

#### **4. Validación del Cuestionario de Autoeficacia al Intervenir en Público en población general**

Gallego M<sup>a</sup> J.<sup>1</sup>, Botella, C.<sup>2</sup>, García-Palacios, A.<sup>2</sup>, Quero, S.<sup>2</sup>, Baños, R.M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>University of Amsterdam

<sup>2</sup>Universitat Jaume I

<sup>3</sup>Universidad de Valencia

<sup>4</sup>CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CB06/03), Instituto de Salud Carlos III

gallegom@guest.uji.es

El Cuestionario de Autoeficacia al Intervenir en Público evalúa el grado en el que una persona se siente eficaz para afrontar una serie de situaciones sociales que implican el dirigirse a una audiencia. Este instrumento fue adaptado por nuestro grupo de investigación a partir del cuestionario 'Autoeficacia para Hablar en Público' (Bados, 1986). Esta medida está formada por 6 ítems y la escala de respuesta es tipo Likert de 11 puntos (0 = *claramente no podría realizarlo*; 10 = *claramente sí podría realizarlo*). El objetivo del presente trabajo es obtener datos psicométricos del CAIP en población general adulta. La muestra estuvo formada por 531 estudiantes universitarios, 378 mujeres y 153 varones. La media de edad fue 21,71 (7,79) y el rango de 18 a 60 años. El análisis factorial extrajo una estructura formada por un solo factor que explicaba el 48,55% de la varianza total. La consistencia interna obtenida fue elevada ( $\alpha = ,84$ ). El CAIP mostró una buena validez convergente, este instrumento obtuvo una correlación alta con medidas como el PRCS-M (Cuestionario de Confianza para Hablar en Público Modificado) ( $r = 0,62$ ), y moderada con ambas subescalas del SSPS (*Self-Statements During Public Speaking*) (SSPS-P  $r = 0,35$ ; SSPS-N  $r = -0,34$ ), el SAD (*Social Avoidance*



and Distress Scale) ( $r = -0,42$ ), el BFNE (*Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale*) ( $r = -0,40$ ) y el STAI-R (*State-Trait Inventory*) ( $r = -0,38$ ). Este instrumento también mostró una correlación baja con el BDI-13 (*Beck Depression Inventory*) ( $r = -0,13$ ). Por lo tanto, podemos concluir que el CAIP es una medida fiable y válida para medir autoeficacia al hablar en público.

### **5. Propiedades psicométricas de la versión Española abreviada del “Cuestionario de Confianza para Hablar en Público” (Personal Report of Confidence as Speaker) en población clínica**

Gallego, M.J.<sup>1</sup>, Botella, C.<sup>2,4</sup>, García-Palacios, A.<sup>2,4</sup>, Quero, S., Baños, R.M.<sup>3,4</sup>.

<sup>1</sup>University of Amsterdam, Universitat Jaume I,

<sup>2</sup>Universidad de Valencia,

<sup>3</sup>CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CB06/03),

<sup>4</sup>Instituto de Salud Carlos III

gallegom@guest.uji.es

El principal objetivo del presente trabajo fue averiguar las propiedades psicométricas de la versión Española abreviada del “Cuestionario de Confianza para Hablar en Público” (*Personal Report of Confidence as Speaker*, PRCS-12; Méndez, Inglés e Hidalgo, 2004) en muestra clínica adulta. Este instrumento está formado por 12 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos y mide miedo a hablar en público. El PRCS-12 ha mostrado buenas propiedades psicométricas en población española adolescente (Méndez, Inglés e Hidalgo, 2004). La muestra en el presente trabajo estuvo formada por 125 participantes, 105 mujeres y 20 hombres, todos ellos diagnosticados de fobia social según criterios DSM-IV-TR (2000). La media de edad fue 24,14 (5,36) y el rango de 17 a 48 años. Respecto a los resultados la estructura factorial encontrada estuvo formada por un solo factor que explicaba el 31,71% de la varianza total. La consistencia interna observada fue elevada ( $\alpha = 0,83$ ). En cuanto a las correlaciones obtenidas con otras medidas de fobia social como el Cuestionario de Miedo a Hablar en Público ( $r = 0,71$ ), ambas subescalas del SSPS (*Self-Statements During Public Speaking*) (SSPS-P  $r = -0,40$ ; SSPS-N  $r = 0,49$ ), el SAD (*Social Avoidance and Distress Scale*) ( $r = 0,44$ ), el BFNE (*Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale*) ( $r = 0,36$ ), y el grado de ansiedad ( $r = 0,37$ ) y evitación ante un Test Comportamental ( $r = 0,38$ ) mostraron una buena validez concurrente del instrumento.



Por otra parte, el análisis de varianza mostró diferencias significativas en el PRCS-12 en función de los tres subtipos de fobia social (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer y Liebowitz, 1993). Los datos observados nos llevan a la conclusión de que el PRCS-12 es un instrumento fiable y válido para medir el miedo a hablar en público.

### ***6.Eficacia de la tensión aplicada en el tratamiento de la fobia a la sangre***

Borda Mas, M.<sup>1</sup>, López Jiménez, A. M.<sup>2</sup>, Pérez San Gregorio, M. A.<sup>1</sup>, Avargues Navarro, M. L.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

<sup>2</sup>Departamento de Psicología Experimental, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

mborda@us.es

El objetivo de esta investigación es evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de la fobia a la sangre. Participaron 38 pacientes (9 varones y 29 mujeres) (media edad = 23.53, DT = 3.45) que cumplían el criterio de fobia específica, subtipo fobia a la sangre, inyecciones y heridas (DSM-IV-R, 2000). Se utilizó el Cuestionario de Miedos (FQ) (Marks y Mathews, 1979) y el Inventario de Fobia a la Sangre-Inyecciones (BIPI) (Borda, López y Pérez San Gregorio, en prensa). El programa de tratamiento, aplicado en un formato grupal, constó de seis sesiones con dos modalidades terapéuticas: exposición en vivo vs. tensión aplicada (exposición en vivo + tensión muscular). Se utilizó un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas (pretratamiento, postratamiento y seguimiento a 1, 3, 6 y 12 meses). Los resultados revelaron una reducción estadísticamente significativa de los niveles de hematofobia similar en los dos tipos de tratamiento. Concretamente el efecto reductor del tratamiento se produce en el postratamiento con respecto al pretratamiento. En el resto de las observaciones se observa una tendencia a la estabilización en los valores alcanzados en el postratamiento. Estos efectos se observan tanto en las medidas obtenidas con el BIPI como en las obtenidas con el FQ.



## **7. Impulsividad y Búsqueda de Sensaciones: Factores Asociados a la Anorexia y Bulimia Nerviosas**

Castro Zamudio, S.<sup>1</sup>, Castro Barea, J.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga, <sup>2</sup>Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, distrito Sanitario Málaga scastro@uma.es

En los últimos años se han producido cambios muy rápidos en los hábitos alimentarios de los españoles, observándose la misma evolución en el resto de países industrializados, con un incremento de las conductas alimentarias alteradas en los jóvenes, principalmente anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN).

El presente estudio examina la *impulsividad* y la *búsqueda de sensaciones* como posibles factores asociados a actitudes y comportamientos característicos de la AN y BN.

La muestra está compuesta por un total de 300 alumnos/as de la provincia de Málaga, 136 alumnos y 164 alumnas de entre 12 y 20 años de edad, escolarizados en tres centros educativos entre los niveles de 1º de ESO y 2º de Bachillerato y Ciclo Formativo.

El tipo de diseño corresponde con un *estudio observacional analítico de casos y controles*, donde los casos se corresponden con aquellos participantes que han igualado o superado los puntos de corte propuestos por los autores para cada instrumento de evaluación utilizado.

Los participantes respondieron de manera voluntaria, anónima y bajo el consentimiento de los padres y madres, para el caso de los alumnos menores de edad, a los siguientes cuestionarios y escalas: *Eating Disorder Inventory* (EDI-II), *Eating Attitudes Test* (EAT-26), *Bulimia Test Revised* (BULIT-R), *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11) y *Sensation Seeking Scale* (SSS-V).

Los resultados muestran una correlación lineal positiva entre las puntuaciones totales obtenidas por los participantes en el EDI-II y las obtenidas en el BULIT-R, con las arrojadas por el BIS-11 ( $p < 0,01$ ); así como las puntuaciones totales obtenidas en el BULIT-R, con las arrojadas por el SSS-V ( $p < 0,01$ ).

De otro lado, se realizó una categorización de las variables cuantitativas continuas con el objetivo de agrupar a los participantes en *grupo sintomático* y



*grupo asintomático* y estudiar con ello la diferencia entre grupos. La corrección de los registros revela que el 7% del total de la muestra, han igualado o superado el punto de corte propuesto en el EAT-26; el 11,7%, han igualado o superado el punto de corte previsto en el EDI-II y el 4%, lo han hecho para el punto de corte previsto en el BULIT-R. Por otro lado, el 52% de la muestra ha igualado o superado el punto de corte propuesto en el BIS-11 y el 54% lo ha hecho para el punto de corte propuesto en el SSS-V.

La *U de Mann-Whitney* revela que esta diferencia entre grupos en la variable *impulsividad* sólo es significativa para el EAT-26 ( $p = ,016$ ;  $p < 0,05$ ). Con el objetivo de comprobar si existe esta misma diferencia entre grupos, pero en la variable *búsqueda de sensaciones*, al distribuirse esta última según una norma, se ha aplicado una *Prueba T para muestras independientes*. Según los resultados encontrados, aunque la puntuación media en la variable *búsqueda de sensaciones* es mayor para el grupo sintomático respecto del grupo asintomático en todos los instrumentos de evaluación relacionados con la AN y BN, si atendemos al nivel de significación obtenido para cada uno de ellos, no podemos concluir que estas diferencias entre grupos sean significativas.

### **8. Evaluación de ansiedad y depresión en pacientes mexicanos con dolor crónico**

Villa George, F. I., Vázquez Pineda, F.  
Universidad Nacional Autónoma de México (México)  
villageorge@hotmail.com

El presente estudio evaluó la relación entre el nivel ansiedad y depresión con indicadores de dolor crónico y enfermedades coexistentes. Participaron 136 pacientes con dolor crónico, que acuden a la consulta externa de la clínica de dolor en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán-México, D.F. Se aplicó el Inventario de Depresión y el de Ansiedad de Beck, así como una escala visual análoga para medir la intensidad del dolor. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, un análisis de correlación de Pearson entre cada una de las variables y finalmente un análisis de regresión jerárquica por pasos. Se discute la correlación entre ansiedad y depresión con dolor crónico y el papel de esta información diagnóstica en el diseño de un tratamiento.



## **9. Creencias comunes sobre depresión en población general**

Nogueira Cruz, J.<sup>1</sup>, Montoro Adrover, L.<sup>2</sup>, Godoy García, J.F.<sup>3</sup> <sup>4</sup>, Godoy Izquierdo, D.<sup>3</sup> <sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Univ. Granada

<sup>2</sup>Clínica Rotger, Palma de Mallorca

<sup>3</sup>Depto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Univ. Granada

<sup>4</sup>Grupo de Investigación CTS-0267. Facultad de Psicología, Univ. Granada  
judith@ugr.es

*Introducción:* Los modelos individuales de una enfermedad, que incluirían las creencias sobre su etiología, síntomas, tratamiento, evolución, pronóstico o consecuencias entre otros aspectos, determinan, según el Modelo de Creencias Comunes de la enfermedad (*Common Sense Model*, Leventhal et al., 1980, 1997) tanto las actuaciones (afrentamiento y ajuste) del paciente respecto a su enfermedad como las consecuencias de ésta en su vida. No obstante, también es importante conocer las creencias que los no pacientes tienen de tal enfermedad. *Objetivo:* Conocer las creencias sobre la depresión en personas que no han padecido la enfermedad. *Participantes y métodos:* Participaron 73 personas (edad:  $M=31.92$ ,  $dt=10.95$ ; 64,4% mujeres), que respondieron el IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002) sobre creencias de enfermedad adaptado a depresión. *Resultados:* Los participantes mostraron creencias de moderadas a fuertes sobre la gravedad e impacto de la enfermedad (identidad, duración, evolución y consecuencias) y elevadas creencias sobre las posibilidades de control de la enfermedad tanto por parte del paciente como de los tratamientos. Sus representaciones emocionales de la depresión son moderadamente débiles. Su percepción de la enfermedad como una entidad global con sentido es, sin embargo, deficiente. Los síntomas más asociados a la enfermedad fueron problemas emocionales, de sueño, de fatiga y fuerza y pérdida de peso. Las causas de depresión más señaladas por los participantes fueron estrés, "actitud hacia la vida", problemas, estado emocional y características de personalidad. *Conclusiones:* Las creencias sobre la depresión coinciden en gran medida con el conocimiento científico-sanitario de la misma. Estos resultados tienen importantes implicaciones para las actuaciones promotoras y preventivas de los profesionales de la salud y permiten conocer variables relevantes en el afrontamiento de la enfermedad en pacientes y no pacientes.



### **10. Creencias comunes sobre depresión en población general: diferencias debidas al sexo, la edad, el nivel educativo y la experiencia con la enfermedad**

Nogueira Cruz, J.<sup>1</sup>, Montoro Adrover, L.<sup>2</sup>, Godoy García, J.F.<sup>3 4</sup>, Godoy Izquierdo, D<sup>3 4</sup>.

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Granada

<sup>2</sup>Clínica Rotger, Palma de Mallorca

<sup>3</sup>Depto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Granada

<sup>4</sup>Grupo de Investigación CTS-0267, Facultad de Psicología, Universidad de Granada

judith@ugr.es

*Introducción:* Los modelos individuales de una enfermedad, que incluirían las creencias sobre su etiología, síntomas, tratamiento, evolución, pronóstico o consecuencias entre otros aspectos, determinan, según el Modelo de Creencias Comunes de la enfermedad (*Common Sense Model*, Leventhal et al., 1980, 1997) tanto las actuaciones (afrentamiento y ajuste) del paciente respecto a su enfermedad como las consecuencias de ésta en su vida. No obstante, es importante conocer también las creencias que los no pacientes tienen de tal enfermedad. *Objetivo:* Conocer las creencias sobre depresión en personas que no han padecido la enfermedad. *Participantes y métodos:* Participaron 73 personas (edad:  $M=31.92$ ,  $dt=10.95$ ; 64,4% mujeres), que respondieron el IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002) sobre creencias de enfermedad adaptado a depresión. *Resultados:* Las mujeres mostraron creencias más fuertes en la dimensión de coherencia ( $p<0.05$ ). En la dimensión identidad los más jóvenes indicaron menos síntomas para la enfermedad que los de edad intermedia ( $p<0.05$ ). En la dimensión de control por el tratamiento las creencias de los más jóvenes y los de edad intermedia fueron más débiles que las de los de mayor edad ( $p<0.05$ ). En la dimensión evolución los más jóvenes mostraron creencias más débiles que los de mayor edad ( $p<0.05$ ). No encontramos diferencias significativas en las creencias personales según el nivel educativo de los participantes. Las personas con un familiar enfermo señalaron más síntomas que las personas sin experiencia previa con la enfermedad ( $p<0.05$ ). *Conclusiones:* El sexo, la edad, el nivel educativo y la experiencia con la enfermedad no tienen un efecto demasiado importante sobre las creencias personales sobre depresión en la población general. Es-



tos resultados tienen importantes implicaciones para las actuaciones promotoras y preventivas de los profesionales de la salud y permiten conocer variables relevantes en el afrontamiento de la enfermedad en pacientes y no pacientes.

### ***11.La suspicacia como un predictor de depresión***

Trujillo A., Peris-Mencheta L., Diaz\_Sibaja M. A., Pérez Portas, L.  
SAS Hospital Punta de Europa  
ocarrasco@jccm.es

#### **INTRODUCCIÓN**

Modelos cognitivos actuales de síntomas psicóticos destacan la relevancia que los procesos emocionales tienen en el desarrollo y mantenimiento de este tipo de síntomas<sup>1,2</sup>. El estudio de la relación entre las dimensiones de la sintomatología psicótica positiva (i.e. delirios y alucinaciones) y los niveles de ansiedad, depresión y autoestima es un área de interés desde un punto de vista conceptual y de aplicación clínica, al permitir no sólo una mejor comprensión de la fenomenología psicótica sino también el diseño de intervenciones específicas en este ámbito<sup>3</sup>.

Este estudio analiza las relaciones existentes entre la presencia de sintomatología psicótica y sus dimensiones (preocupación, convicción, grado de angustia, duración e interferencia) con los niveles de ansiedad, depresión y autoestima en pacientes con sintomatología positiva persistente.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Participantes: Veinte pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide con síntomas psicóticos activos.

Instrumentos: Registro de datos clínicos y sociodemográficos, Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de evaluación de la ansiedad estado-rasgo (STAI E/R), Escala de Autoestima de Rosenberg (RSQ), Escala de valoración de síntomas positivos (SAPS) y Escalas de valoración de síntomas psicóticos (PSYRATS).

#### **RESULTADOS**

Se han encontrado correlaciones significativas entre dimensiones de la creencia delirante (grado de convicción, grado de preocupación, intensidad



de la angustia e interferencia) y el nivel de depresión. No hay relaciones con las dimensiones estudiadas de las alucinaciones y la depresión. En relación con el nivel de autoestima, no hay relación con ninguna de las dimensiones de las creencias delirantes ni alucinaciones. La ansiedad rasgo correlaciona significativamente con las dimensiones de la creencia delirante: a mayor nivel de ansiedad, mayor convicción, preocupación, angustia e intensidad.

## CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados confirman parcialmente la evidencia empírica disponible sobre los modelos psicológicos de la psicosis. Cabe destacar que la cronicidad asociada a la muestra estudiada, es un factor que puede influir en los hallazgos obtenidos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. -Garety, P.; Kuipers, E.K; Fowler, D; Freeman, D.; Bebbington, P.E. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 2001; vol.31:189-195
2. -Smith, B; Fowler, D; Freeman, D; Bebbington, P; Bashforth, H; Garety, P, et al. Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 2006; vol.86: 181-188.
3. - Kuipers, E; Garety, P; Fowler, D; Freeman, D; Dunn, G; Bebbington, P. Cognitive, Emotional, and social processes in Psychosis: refining cognitive behavioural Therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 2006; vol.32: 24-31

### ***12.Relación entre síntomas psicóticos y estados emocionales negativos en pacientes de larga evolución***

Ayer, Y., Barilero, P., Cabezuelo, E.M., Llamas, M.A., Martín, G., Sancho, C., Nieto, M., Carrasco, O., Navarro, D.

Departamento de Programas, Programa de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Castilla-La Mancha, Fundación socio-sanitaria de Castilla La Mancha para la integración laboral del enfermo mental (FISLEM).

ocarrasco@jccm.es

## INTRODUCCIÓN

Modelos cognitivos actuales de síntomas psicóticos destacan la relevancia que los procesos emocionales tienen en el desarrollo y mantenimiento de este tipo de síntomas<sup>1,2</sup>. El estudio de la relación entre las dimensiones de la sintomatología psicótica positiva (i.e. delirios y alucinaciones) y los niveles



de ansiedad, depresión y autoestima es un área de interés desde un punto de vista conceptual y de aplicación clínica, al permitir no sólo una mejor comprensión de la fenomenología psicótica sino también el diseño de intervenciones específicas en este ámbito<sup>3</sup>.

Este estudio analiza las relaciones existentes entre la presencia de sintomatología psicótica y sus dimensiones (preocupación, convicción, grado de angustia, duración e interferencia) con los niveles de ansiedad, depresión y autoestima en pacientes con sintomatología positiva persistente.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes: Veinte pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide con síntomas psicóticos activos.

Instrumentos: Registro de datos clínicos y sociodemográficos, Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de evaluación de la ansiedad estado-rasgo (STAI E/R), Escala de Autoestima de Rosenberg (RSQ), Escala de valoración de síntomas positivos (SAPS) y Escalas de valoración de síntomas psicóticos (PSYRATS).

#### RESULTADOS

Se han encontrado correlaciones significativas entre dimensiones de la creencia delirante (grado de convicción, grado de preocupación, intensidad de la angustia e interferencia) y el nivel de depresión. No hay relaciones con las dimensiones estudiadas de las alucinaciones y la depresión. En relación con el nivel de autoestima, no hay relación con ninguna de las dimensiones de las creencias delirantes ni alucinaciones. La ansiedad rasgo correlaciona significativamente con las dimensiones de la creencia delirante: a mayor nivel de ansiedad, mayor convicción, preocupación, angustia e intensidad.

#### CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados confirman parcialmente la evidencia empírica disponible sobre los modelos psicológicos de la psicosis. Cabe destacar que la cronicidad asociada a la muestra estudiada, es un factor que puede influir en los hallazgos obtenidos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. -Garety, P.; Kuipers, E.K; Fowler, D; Freeman, D.; Bebbintong, P.E. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 2001; vol.31:189-195



2. -Smith, B; Fowler, D; Freeman, D; Bebbington, P; Bashforth, H; Garety, P, et al. Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 2006; vol.86: 181-188.
3. - Kuipers, E; Garety, P; Fowler, D; Freeman, D; Dunn, G; Bebbington, P. Cognitive, Emotional, and social processes in Psychosis: refining cognitive behavioural Therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 2006; vol.32: 24-31

### **13. La escala REF de pensamiento referencial como criterio de evolución terapéutica**

Benítez Hernández, M.M., Valdés Díaz, M., Rodríguez Testal, J.F, Senín Calderón, C., Fuentes Márquez, S., Fernández Jiménez, E., Delgado Ríos, P. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla  
testal@us.es

#### **ANTECEDENTES**

En trabajos previos mostramos la utilidad de la escala REF de pensamiento referencial (Lenzenweger *et al.*, 1997), aunque este criterio no resultara específico para los pacientes psicóticos (Rodríguez Testal *et al.*, 2001). Comprobamos que este instrumento proporciona un seguimiento de indicadores relevantes en fase residual de la esquizofrenia, contribuyendo a la detección de un empeoramiento en el estado del paciente y la consecuente toma de decisiones terapéuticas (Rodríguez Testal *et al.*, 2006). Más recientemente, establecimos variables que predecían el pensamiento referencial (Rodríguez Testal *et al.*, 2008).

#### **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

En este trabajo nos propusimos el seguimiento del criterio del pensamiento referencial desde el comienzo del proceso terapéutico. Queríamos comprobar si se trata de una medida estable y confiable que permita detectar los primeros cambios en la evolución del paciente. Incluimos de forma enmascarada en la REF los ítems de la escala de sinceridad del cuestionario EPI de Eysenck con el fin de controlar los sesgos en las respuestas. Predijimos una estabilidad en la medida REF junto con niveles adecuados de sinceridad.



## MÉTODOS

### Participantes

Se trata de un varón de 33 años con diagnóstico de trastorno psicótico no especificado, sin desorganización de la conducta ni prominencia de sintomatología negativa. En todo momento ha estado medicado con risperidona y citalopram más la intervención psicológica de corte cognitivo.

### DISEÑO, MATERIALES Y PROCEDIMIENTO

Se empleó un diseño longitudinal (series temporales) y presentamos las primeras 13 medidas de la escala REF (puntuación global e intensidad) además de la medida de sinceridad del EPI, ambas en un intervalo promedio de 20 días (marcado por la fecha de las sesiones). La medida previa a la serie de la REF fue de 14 puntos. Para el análisis de los datos se utilizó el estadístico C de Young ( $p < 0.01$ ) y el procedimiento de los mínimos cuadrados para la obtención de la línea de tendencia.

### RESULTADOS

Los resultados preliminares indican estabilidad en el total de la escala pero no así en la intensidad. Las puntuaciones de la escala de sinceridad sugieren que los valores obtenidos son adecuados. Dado que las líneas de tendencia son todavía ascendentes, no se ha logrado, cuantitativamente hablando, una estabilidad completa previa al descenso en el valor de las puntuaciones como resultado de la intervención terapéutica.

### ***14.¿Existen diferentes tipos de necesidades en función de la evolución del trastorno psicótico?***

Ochoa, S., Barajas, A., Baños, I., Usall, J., Villalta, V., Dolz, M., Sánchez, B., Cervilla, J., Vilaplana, M., Foix, A., Haro, J.M., Autonell, J.

Sant Joan De Déu - Serveis De Salut Mental

sochoa@sjd-ssm.com

### OBJETIVO

El objetivo del estudio es evaluar las diferencias en cuanto al número y al tipo de necesidades en una muestra de personas con esquizofrenia de larga evolución y en otra de primeros episodios psicóticos.



## MÉTODO

Se comparan dos muestras aleatorizadas de pacientes estables de entre 18 y 65 años que se visitan en alguno de los servicios de salud mental de Sant Joan De Déu - Serveis De Salut Mental. La primera muestra está compuesta por personas con esquizofrenia con una media de evolución de más de 15 años y la segunda muestra está compuesta por personas con un primer episodio psicótico de menos de un año de evolución.

Ambos grupos fueron evaluados con el cuestionario de necesidades de Camberwell (CAN), tanto en la valoración del usuario como del profesional.

Se ha realizado un t-Student en el que se compara el total de necesidades y el total de necesidades no cubiertas en las dos muestras. Además se realiza un  $\chi^2$  para comparar la presencia/ausencia de necesidad en los dos grupos.

## RESULTADOS

La muestra de personas con esquizofrenia estaba compuesta por 105 sujetos mientras que la muestra de primeros episodios eran 35 pacientes. La media de necesidades detectada en el grupo de pacientes crónicos con esquizofrenia es superior a la obtenida en primeros episodios psicóticos tanto en la valoración del usuario (5.99 versus 3.02) como la del profesional (7.2 versus 3.9) ( $p < 0.001$ ). En el caso de las necesidades no cubiertas también las personas de la muestra de esquizofrenia presentan mayores puntuaciones: usuario (1.8 vs 1.05) y profesional (1.8 vs 0.7) ( $p < 0.01$ ). En cuanto al tipo de necesidades las personas con esquizofrenia tienen más presencia de necesidades en: alimentación ( $p < 0.01$ ), cuidado del hogar ( $p < 0.001$ ), cuidado personal ( $p < 0.05$ ), actividades diarias ( $p < 0.05$ ), salud física ( $p < 0.005$ ), síntomas psicóticos ( $p < 0.001$ ), transporte ( $p < 0.001$ ), dinero ( $p < 0.001$ ) y ayudas sociales ( $p < 0.01$ ). Sin embargo las personas con un primer episodio psicótico tienen más necesidades en las áreas de Información ( $p < 0.05$ ), relaciones de pareja ( $p < 0.005$ ), cuidado de los hijos ( $p < 0.01$ ).

## CONCLUSIÓN

Se confirma la hipótesis de que las personas con esquizofrenia de larga evolución presentan mayor número de necesidades y en más áreas. Cabe destacar que las necesidades en las áreas de información, relaciones de pareja e hijos son más problemáticas al inicio de la enfermedad que posteriormente, con lo que es importante poderlas abordar en el momento inicial de los síntomas.



### **15. Estudio bibliométrico y análisis de contenido de las publicaciones sobre el trastorno por atracón (años 2000/07)**

Coronado Moreno, L., Borda Mas, M.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

mborda@us.es

En este trabajo se presentan los datos obtenidos en el análisis bibliométrico de los artículos de revistas científicas publicados durante el periodo 2000-2007. En un principio, se consideraron todos aquellos artículos que incluyeran las palabras “Binge Eating”, apareciendo 924 artículos publicados. Debido al gran número de publicaciones que hacían referencia a los atracones, se decidió acotar el análisis e incluir solamente aquellos artículos que hablaran sobre la denominación de Trastorno por Atracón (Binge Eating Disorder), según la actual clasificación del DSM-IV-R (2000). Posteriormente, también quedaron descartados aquellos que, aún tratando los Trastorno por Atracón (TA), lo hacían desde el punto de vista de otras disciplinas no psicológicas (endocrinología, genética, etc.) o que usaban como sujetos experimentales animales (ratas). Finalmente, los artículos revisados han sido 340. Se ha analizado, por un lado, el año de publicación, el número de autores, los autores más productivos, la revista en la que se ha publicado y, por otro lado, el contenido de los artículos, a partir de la base de datos PsycINFO.

En cuanto a los resultados, respecto a: (1) la evolución temporal: no hemos encontrado un patrón específico de aumento o disminución en el número de publicaciones. Señalar que el año más productivo ha sido el 2007 seguido del 2003; (2) el número de autores: las investigaciones están realizadas por grupos de 2 ó 3 personas; (3) el autor más productivo: es el Dr. D. Carlos M. Grilo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale y, (4) la revista con mayor número de publicaciones en esta temática: *International Journal of Eating Disorders* es la más productiva, seguida de *Eating Behaviors*.

En cuanto al análisis del contenido, los artículos pueden clasificarse en *Revisiones teóricas*, cuando sólo se analizan datos ya existentes; *Evaluación*, cuando los artículos evalúan distintas variables de los TA; *Tratamiento*, que a su vez pueden ser psicológicos, farmacológicos o combinados; de *Prevalencia*, cuando se analizan el número de casos de TA en una población; de *Raza/etnia* cuando estudian las diferencias en las características del trastor-



no según la raza o etnia a la que pertenecen; *Validación*, cuando se analizan las características psicométricas de algún instrumento de medida, usando como sujetos experimentales personas que sufren TA. El tema más abordado es la evaluación de diferentes variables presentes en los TA, seguido de los artículos sobre tratamiento. En conclusión, podemos decir que hay una gran variedad de investigaciones dedicadas a los TA, aunque la mayoría no lo abordan de forma exclusiva, sino que lo estudian sobretodo junto con la Obesidad y otros tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

### **16. Trastornos de personalidad en drogodependientes: evaluación mediante MCMMI-2**

Ballester Arnal, R.<sup>1</sup>, Baquero Escribano, A<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaime I de Castelló

<sup>2</sup>Centro de Encuentro y Acogida de Castellón

rballest@psb.uji.es

Las drogodependencias constituyen uno de los trastornos de mayor complejidad clínica y terapéutica y en el que, con los actuales tratamientos, se obtienen porcentajes de mejoría y altas extremadamente reducidos. Junto a la propia patología adictiva coexisten diferentes trastornos de índole física y social a la vez que un elevado grado de comorbilidad con diferentes psicopatologías y trastornos de personalidad. Nuestro estudio tiene como objetivo analizar la existencia de trastornos de personalidad en sujetos consumidores de diferentes sustancias comparados con un grupo control de población general y un grupo control en situación de desajuste social. Para ello se utilizó una muestra de 169 sujetos consumidores de diferentes sustancias (cocaína, alcohol, heroína, metadona, cocaína combinada con heroína y hachís) con una edad media de 32,7 años (DT= 7,5); un grupo control de población general compuesto por 28 personas, con una edad media de 31 años (DT= 7,4); y un grupo control de sujetos no consumidores, con una situación social desestructurada compuesto por 39 sujetos con una edad media de 39,7, (DT= 7,2). Como instrumento de evaluación se utiliza el cuestionario de personalidad MCMI-II. Los resultados confirman niveles significativamente mayores de trastornos de personalidad en los consumidores de sustancias en las escalas esquizoide (F=2,33, p=0,015), fóbica (F=3,85, p=0,001), dependiente (F=2,56, p=0,009), histriónica (F=2,57, p=0,008), narcisista (F=2,89,



$p=0,003$ ), antisocial ( $F=2,72$ ,  $p=0,004$ ), agresivo/sádica ( $F=4,34$ ,  $p=0,001$ ) y compulsiva ( $F=7,51$ ,  $p=0,001$ ). Estas diferencias también se encuentran en las escalas de personalidad patológica esquizotípica ( $F=3,17$ ,  $p=0,002$ ), límite ( $F=6,88$ ,  $p=0,001$ ) y paranoide ( $F=2,83$ ,  $p=0,003$ ). También se encuentran diferencias en los síndromes clínicos de ansiedad, ( $F=3,54$ ,  $p=0,001$ ), histeriforme ( $F=2,39$ ,  $p=0,015$ ), hipomanía ( $F=2,64$ ,  $p=0,006$ ), neurosis depresiva ( $F=3,42$ ,  $p=0,001$ ), abuso de alcohol ( $F=4,51$ ,  $p=0,001$ ), abuso de drogas ( $F=12,87$ ,  $p=0,001$ ), y por último en los síndromes clínicos de gravedad severa pensamiento psicótico ( $F=31,9$ ,  $p=0,044$ ) y trastorno delirante ( $F=2,34$ ,  $p=0,044$ ). En conclusión, parece que se confirma la alta comorbilidad entre las drogodependencias y los trastornos de personalidad. Sin embargo, se plantea la cuestión de hasta qué punto las patologías asociadas a la personalidad tienen una relación directa con los efectos de las drogas, constituyen un factor de vulnerabilidad ante las mismas o tienen más que ver con la situación de desestructuración social que resulta tan frecuente en esta población clínica, dado que en algunos análisis hemos encontrado más patología en el grupo de desestructuración social que en el de drogodependientes. Se considera que la relación de estos factores tiene una enorme relevancia en el estudio y tratamiento de las patologías adictivas y los trastornos de personalidad.

### ***17. Aplicación de un programa rehabilitador combinando módulos de la ITP con módulos de terapia interpersonales (Yalom). Programa piloto***

Granell, L., Villalta, V., Aparicio, L., de Apraiz, A., Forcén, M., Ochoa, S, Sant Joan de Deu- Servei de Salut Mental, (Barcelona)  
siulg@hotmai.com

La IPT (Terapia Integrada Psicológica) para esquizofrenia ha sido desarrollada con la finalidad de trabajar tanto en funcionamiento cognitivo como social. Es una intervención grupal que se estructura en 5 subprogramas ordenados jerárquicamente. Y que se ha probado eficaz en la mejora de las habilidades sociales. Por otro lado, el modelo interpersonal de Yalom, dirigido principalmente al trabajo terapéutico grupal, propone módulos de ejercicios para pacientes afectados de esquizofrenia crónica.

El objetivo de este estudio es valorar si la aplicación de un programa combinado de módulos de la IPT dirigidos a mejorar las habilidades sociales junto a



el módulo de terapia interpersonal obtiene mejoras en las áreas cognitivas y sociales de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica que se visitan recursos comunitarios (CSM y Centro de Día)

**Método:**

**Muestra:** Se seleccionaron los pacientes vinculados al Centro de día que tuvieran un diagnóstico de Esquizofrenia según criterios DSM-IV de larga evolución. Todos aquellos pacientes que presentaran un buen funcionamiento social (GAF>55) o que presentaran un funcionamiento cognitivo muy deficiente según evaluación neurocognitiva que describiremos posteriormente fueron excluidos.

**Material:** Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. Para valorar el funcionamiento social se aplicaron las dos subescalas de la LSP (Living Skills Profile): Comunicación- Contacto social y Comportamiento social-interpersonal. Para valorar el funcionamiento cognitivo se utilizaron las escalas TMT A y B, Dígitos (WAIS-III) y Memoria A (WMS).

**Procedimientos:** Los pacientes fueron evaluados con las escalas mencionadas con la finalidad de ser incluidos en el programa. El programa consistía en combinar los módulos de la IPT seleccionados: Diferenciación cognitiva, percepción social y habilidades sociales, con los ejercicios interpersonales (Yalom). Se realizaron 2 sesiones semanales de una hora durante 4 meses. Al finalizar el programa se volvió a realizar una evaluación de los pacientes con los mismos instrumentos de la evaluación basal.

**Análisis Estadístico:** Con la finalidad de poder comparar los resultados en las escalas mencionadas antes y después de la aplicación del programa se realizaron pruebas no paramétricas de comparación de medianas con el coeficiente de Wilcoxon.

**Resultados:** La muestra se componía de 5 pacientes (4 hombres y una mujer) con una media de edad de 45,6 años (DE de 2,19) y un GAF medio de 39 (DE de 8,94) Al realizar la comparación de medianas encontramos diferencias significativas en la escala Comunicación- Contacto Social (de LSP) ( $p=0,038$ ). No encontramos diferencias significativas en ninguna de las escalas de funcionamiento cognitivo.

**Discusión:** A pesar de las limitaciones que presenta el diseño de este estudio piloto, encontramos mejoras en las áreas que eran objeto de la in-



tervención. El haber encontrado diferencias en el área que precisamente queríamos trabajar, puede deberse a los factores terapéuticos que- según Yalom- se generan en un grupo validante. Tales factores terapéuticos son la cohesión, la universalidad, aprendizaje interpersonal y guía. El desarrollo de estos factores pudo generar una reducción de la ansiedad y una mejor consecución de resultados en las tareas cognitivas y sociales durante la aplicación del programa. Si bien una de las limitaciones ha sido no medir estas variables (ansiedad, factores terapéuticos) recomendamos su utilización en posteriores revisiones.

#### Referencias:

- *Terapia integrada en la Esquizofrenia*. Roder, V y Brenner, HD. Editorial Ariel, 1996
- *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Yalom, ID y Vinogradov, S. Editorial Paidós 1989.

### **18. Estudio del acoso laboral en población atendida en centros de salud mental (C.S.M)**

Castillo, I., Aparicio, S., Ventura, C., Ochoa, S.  
Sant Joan de Deu- Servei de Salut Mental (Barcelona)  
cventura@sjd-ssm.com

#### OBJETIVOS

Determinar la proporción de personas con problemática laboral y de estos cuantos de cumplen criterios de acoso laboral. Describir los síntomas ansioso-depresivos y las características sociodemográficas y laborales en el grupo de acoso laboral.

Evaluar al año la evolución clínica y situación laboral.

#### METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional. Se informó a los terapeutas principales que incluyeran a todos los casos con problemática laboral que consultaron a lo largo de un año en 5 C.S.M. de Sant Joan de Déu-SSM de Barcelona.

A todas las personas que firmaron el consentimiento para participar en el estudio se les administró cuestionario sociodemográfico, BECK-depresión, STAI, LIPT 60 de estrategias de acoso, entrevista semiestructurada elaborada por las autoras siguiendo criterios de M.F. Hirigoyen y criterios diagnósticos DSM-VI.



Se dividió la muestra en dos grupos: con y sin criterios de acoso laboral a partir de los índices de la LIPT-60, duración mínima del acoso de 6 meses y frecuencia diaria.

## RESULTADOS

El 70,2% de la muestra cumple criterios de acoso laboral.

Se observan diferencias significativas ( $p < 0.01$ ) en la media de edad entre los diferentes trastornos (trastornos afectivos=46.6 a, trastornos adaptativos=39.5a, otros trastornos =37.5a y trastornos de ansiedad=36.9a). Además como diferencias entre el estado civil y la clínica presentada ( $p < 0.05$ ), el 54.7% de los casados presentan trastorno adaptativo y el 60% de divorciados presenta trastorno afectivo. La distribución por diagnósticos y categorías de Beck no mostró diferencias entre las personas que pertenecen al grupo de acoso y las que no en el primer año.

Al año, la muestra se reduce de 131 a 66 individuos. Se mantiene el conflicto en el 59,09%. El 44% estaba trabajando, el 28,79% tenía ILT y el 18,18% cobraba el desempleo.

A pesar de que no existen diferencias significativas a nivel psicopatológico, podemos decir que el primer año el grupo de acoso presenta una media en la escala de depresión de Beck del 23.5 (DE=9.17), que indica un nivel de depresión moderada mientras que en el cuestionario de Beck al año presentan una media de depresión de 16,8 que indican un nivel de depresión leve.

## CONCLUSIONES

La mayoría de usuarios que presentan problemática laboral y que consultan en servicios de salud mental sufren acoso laboral. Sin embargo, la sintomatología que presentan no difiere en ambos grupos. Al seguimiento al año el conflicto se mantiene en más del 50% de las personas con acoso y los síntomas persisten aunque con menor intensidad.

## BIBLIOGRAFIA

Hirigoyen, M.F.: El acoso Moral en el Trabajo. Paidós. Barcelona 2001.



### ***19. La importancia de la evaluación de los valores personales en las primeras consultas de salud mental ambulatoria en el trabajo de los psicólogos internos residentes***

Padilla Torres, D., Junyent Freixenet, N., Leal Leturia, I.  
Hospital universitario Vall D´Hebrón  
dpadilla@cica.es

El objetivo es si existen diferencias al tiempo que dedican los residentes a la valoración de síntomas psicopatológicos en las primeras consultas de salud mental y el tiempo dedicado a la valoración de dimensiones importantes valoradas en la vida de la persona y acciones dirigidas a dichas dimensiones. La investigación tiene como marco conceptual la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) y la importancia destacada a los valores conductuales que la persona tiene como dimensión importante a evaluar y tener en cuenta en el diseño del tratamiento dirigido a la persona. Método: Los participantes del estudio son 18 residentes de psicología clínica de la Cataluña a los que se les envía una encuesta mediante internet o en persona, que pertenecen a diferentes años de residencia. Resultados: Los análisis llevados a cabo revelan que existen diferencias significativas en el tiempo dedicado en las primeras consultas dedicado a evaluación psicopatológica frente a valores o acciones ligados a ellos ( $Z=-2,09$   $p<0,05$ ). Conclusiones: Teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, los datos parecen sugerir que las primeras consultas de salud mental llevadas a cabo por psicólogos en formación se emplea más tiempo para evaluar síntomas psicopatológicos que otras variables también importantes en la vida de la persona que consulta.

### ***20. ¿Existen diferencias en función de la edad en intrusiones, valoraciones y estrategias de control?***

Jiménez Ros, A.M.<sup>1</sup>, Pascual Orts, L.M.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidade do Algarve (Portugal)

<sup>2</sup>Universidad de Huelva

lpascual@dpsi.uhu.es

Las intrusiones (pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes, molestos e indeseados) son experimentados por la gran mayoría de las personas pertenecientes a la población general (entre el 80 y el 90%). Presentan contenidos



muy similares a los de las obsesiones clínicas, siendo las diferencias meramente cuantitativas. El hecho de experimentar la intrusión no parece ser la variable central para el desarrollo de las obsesiones, se ha propuesto la idea de un continuo intrusión-obsesión en el que las variables responsables por la transición de las primeras a las segundas serían las valoraciones cognitivas que los individuos realizan acerca de la intrusión y las estrategias que utilizan para controlarlas. El Trastorno Obsesivo-Compulsivo tiene su inicio en la preadolescencia o al inicio de la vida adulta y difícilmente se desarrolla a partir de los 55 años.

El objetivo de este trabajo consiste en evaluar si existen diferencias en las intrusiones, las valoraciones que se realizan de las mismas y las estrategias utilizadas para controlarlas en función de la edad de las personas.

Participaron en el estudio 174 sujetos pertenecientes a la población no-clínica portuguesa, de los que el 60,9% eran mujeres. Las edades oscilaron entre los 16 y 62 años, con una media de 31,59 (DT: 12,48). La muestra se dividió en tres intervalos de edad: jóvenes [15-30 años], adultos jóvenes [31-45 años] y adultos mayores [45-62 años]. Todos los participantes completaron el Inventario Revisto de Intrusiones Obsesivas (ROI; Purdon y Clark, 1993, 1994).

Los resultados muestran que los jóvenes presentaban significativamente más intrusiones (fundamentalmente relacionadas con delitos menores, auto y hetero-agresión, violencia y sexo) que los adultos. Valoraban sus intrusiones de forma significativamente más negativa (sus intrusiones eran más molestas, más inaceptables y era más importante suprimirlas o controlarlas) que los adultos. Y, utilizaban significativamente más estrategias (distracción cognitiva y conductual) para combatir sus intrusiones más idiosincrásicas que los adultos. Los jóvenes y los adultos-jóvenes recurrían más a la neutralización conductual que los adultos mayores. Los resultados se constituyen como una hipótesis preliminar para futuras investigaciones y se discuten sus implicaciones a la luz de los principales modelos teóricos actuales.



## **21. Trastorno Obsesivo Compulsivo**

Gutiérrez Trigo, J.M.

Psicología Diez

psicologiadiez@terra.es

El trabajo que he presentado trata de hacer una somera revisión sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Para ello comienza haciendo una breve descripción del trastorno, basada en una de los principales sistemas clasificatorios de las enfermedades mentales, como es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Edición, Texto Revisado. A continuación se muestra uno de los principales modelos explicativos de la génesis y mantenimiento de los Trastornos Obsesivo Compulsivos, como es el modelo basado en la Teoría de los dos factores de Mowrer, según el cual las obsesiones quedan reforzadas negativamente por la reducción de ansiedad que consigue la compulsión realizada por el paciente y las principales estrategias terapéuticas utilizadas en la práctica clínica en función de dicho modelo explicativo que persiguen conseguir un procedimiento de habituación o desensibilización de los pensamientos obsesivos o ansiogénicos. He continuado con una revisión más exhaustiva de otros modelos que intentan explicar el trastorno, con la intención de llegar hasta los modelos más actuales basados en las investigaciones neuropsicológicas y en los estudios realizados sobre los procesos atencionales. Por último he querido plantear, aunque muy brevemente, las posibles vías de investigación que permitan explicar cómo diferentes tipos de Trastornos Obsesivos Compulsivos se relacionan con diferentes tipos de perfiles de personalidad, que aunque no están descritos en las mencionadas clasificaciones, son frecuentes en la práctica clínica y que por tanto requerirían de estrategias terapéuticas complementarias diferenciadas. Es el caso de Trastornos Obsesivo Compulsivos que podrían venir derivados de Trastornos de Personalidad por Evitación, caracterizados por rasgos de inseguridad o los derivados de los Trastornos límites de personalidad, más relacionados con el pobre control de impulsos y el comportamiento desorganizado. También aunque sólo como mención, se refleja la relación que puede existir entre el trastorno obsesivo y los trastornos psicóticos. El trabajo finaliza con la aportación de alguna la bibliografía más relevante para la práctica clínica sobre el trastorno en cuestión.



## **22.El Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark-Beck: un instrumento de cribado para el TOC**

Reina, N.<sup>1</sup>, Belloch, A.<sup>2</sup>, García-Soriano, G<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Corporació Sanitària Parc Taulí

<sup>2</sup>Universidad de Valencia, Universitat Jaume I

nreina@tauli.cat

A pesar de contar con diferentes instrumentos de evaluación del Trastorno Obsesivo compulsivo (TOC) (p.ej., MOCI, Inventario de Padua, OCI), hasta muy recientemente no se disponía de una medida de aplicación sencilla, sensible y específica, cuya finalidad fuera el cribado, que estuviera adaptada a los criterios diagnósticos actuales de evaluación del TOC (DSM-IV) y siguiera los recientes planteamientos cognitivo- conductuales sobre el TOC. El Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory (CBOCI; Clark y Beck, 2002), siguiendo las directrices de otros instrumentos como el BDI o el BAI, se diseña para superar estas limitaciones. Los *objetivos* de este trabajo son: (1) la presentación del CBOCI y de los primeros resultados de validación en población española de este instrumento de evaluación y diagnóstico del TOC, y (2) el establecimiento de unos puntos de corte que permitan su utilización como medida de cribado del TOC. En este trabajo se ha empleado una *muestra* extraída de la población general compuesta por 506 participantes, que completaron el CBOCI como parte de una batería más amplia de instrumentos. Se han realizado los cálculos de sensibilidad y especificidad para diferentes puntos de corte (rango: 17-51, que corresponden respectivamente al percentil 75 y a la puntuación máxima obtenida por la muestra) con el objetivo de determinar la validez interna, asimismo se han calculado los valores predictivos positivo y negativo para obtener la validez externa.

El *CBOCI* es un autoinforme formado por 25 ítems, cada uno de ellos tiene 4 opciones de respuesta redactadas como afirmaciones referidas a uno mismo, y el sujeto debe elegir la que encuentra más aplicable a su caso. Los autores proponen el empleo de una escala de obsesiones y otra de compulsiones, sin embargo esta estructura no se ha visto confirmada con muestras españolas (Reina, 2007), por lo que en este trabajo se ha empleado la puntuación total del instrumento. Los *resultados* indican que el CBOCI presenta una buena consistencia interna ( $\alpha=0,89$ ) y estabilidad temporal (CCI=0,88 intervalo entre 7 y 14 días). El rango de puntuaciones de 17 a 25 podría resultar de



utilidad para detectar síntomas aislados del trastorno o formas leves/sub-clínicas del mismo. El punto de corte para determinar presencia/ausencia del cuadro clínico queda establecido en 26 puntos (con dicha puntuación el margen de error es muy pequeño), siendo las puntuaciones superiores a 30 puntos las que nos permitirían afirmar de forma inequívoca la presencia del trastorno. Por tanto, podemos *concluir* que la versión española del CBOCI presenta unas buenas propiedades psicométricas y es un potente instrumento de cribado para el TOC. El punto de corte obtenido resulta ser superior al propuesto por los autores originales del instrumento. Convendría determinar en próximos estudios la correspondencia de esta puntuación con la gravedad del trastorno, y su utilidad como medida de sensibilidad al cambio terapéutico.

### **23. ¿Qué variables predicen los pensamientos intrusos de contenido alimentario?**

Roncer, M.<sup>1</sup>, Perpiñá, C.<sup>1 2</sup>, Belloc, A<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Valencia

<sup>2</sup>CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto Salud Carlos III

maria.roncero@uv.es

#### **INTRODUCCIÓN**

Los pensamientos intrusos desagradables, característicos del trastorno obsesivo compulsivo, son asimismo frecuentes en otros trastornos mentales (estrés postraumático, depresión, ansiedad generalizada) o en otros trastornos como el insomnio. Las personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), refieren a menudo este tipo de intrusiones, si bien no se han publicado apenas estudios sobre este aspecto.

#### **OBJETIVO**

Analizar las variables que predicen la frecuencia de los Pensamientos Intrusos Alimentarios (PIA) en población general.

#### **MÉTODO**

**a) Participantes:** 358 personas de la población general (267 mujeres; edad media= 23,86 años; Índice de Masa Corporal -IMC=- 22,16) y 24 pacientes con TCA (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa); (24 mujeres; edad media=



21,67 años; IMC= 18,48). **B) Instrumentos:** Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios (INPIAS), (diseñado *ad hoc* por las autoras). La primera parte evalúa la frecuencia con la que se experimentan PIA, y se compone de dos factores: “Descontento normativo” (38 ítems) e “Impulsos de psicopatología alimentaria” (12 ítems); Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOS), análogo al INPIAS; el Eating Attitudes Test (EAT); Restraint Scale (RS); Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ). Se llevaron a cabo dos modelos de regresión lineal (método de pasos sucesivos) con el objetivo de determinar qué variables predecían mejor la frecuencia de los PIA.

## RESULTADOS

El mejor modelo para la predicción del “Descontento normativo” explicó el 71% de la varianza total, incluyendo los siguientes factores: “Dieta” del EAT ( $\beta=0,75$ ,  $p<0,001$ ), pensamientos intrusos obsesivos (pio) sobre limpieza, orden, contaminación y dudas ( $\beta=0,26$ ,  $p<0,001$ ), y dos escalas del MBSRQ. Respecto a los “Impulsos de psicopatología alimentaria”, el modelo predijo un 48% de la varianza total, incluyendo el factor de “Dieta” (EAT) ( $\beta=0,60$ ,  $p<0,001$ ), PIO sobre limpieza, orden contaminación y dudas ( $\beta=0,24$ ,  $p<0,001$ ) y “Preocupación por la dieta” (RS) ( $\beta=0,24$ ,  $p<0,001$ ).

## DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

Estos resultados señalan la relevancia que tienen la implicación en la dieta, junto con la experimentación de ciertos PIO, en la frecuencia tanto de PIA con un contenido normativo, como con aquellos de contenido más cercano a la patología alimentaria. Los datos obtenidos indican que existe una relación entre las intrusiones de los TCA y las del trastorno obsesivo compulsivo y, por tanto, estos resultados ejemplifican la psicopatología común de ambos trastornos.

## AGRADECIMIENTOS

Trabajo en parte subvencionado por el Proyecto SEJ2006/03893-PSIC (Ministerio de Ciencia y Tecnología), y en parte por el Proyecto AE/07/022 (Consejería de Empresa, Universidad y Ciencia Dirección General de Investigación y Transferencia Tecnológica. Generalitat Valenciana). CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición es una iniciativa de ISCIII



## ***24.El Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos: una nueva herramienta para abordar el tratamiento cognitivo del TOC***

García-Soriano, G.<sup>1</sup>, Reina, N.<sup>2</sup>, Roncero, M.<sup>3</sup>, Belloch, A.<sup>3</sup>, Morillo, C.<sup>4</sup>, Cabedo, E.<sup>5</sup>, Carrió, C.<sup>6</sup>, Perpiñá, C.<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Universidad Jaime I, (Castellón)

<sup>2</sup>Corporación Sanitaria Parc Taulí

<sup>3</sup>Universidad de Valencia, Agencia Valenciana de Salud departamento, (Valencia)

<sup>4</sup>Centro de Salud Mental de Foios, (Valencia)

<sup>5</sup>Centro de Salud Mental de Burjassot, (Valencia)

Gemma.Garcia@uv.es

En el presente trabajo se presenta un nuevo instrumento que permite la evaluación de los elementos más relevantes del modelo cognitivo del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC): los pensamientos intrusos obsesivos, las valoraciones y estrategias de control disfuncionales asociadas a los mismos: el Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs).

El INPIOs consta de dos partes. La primera parte consiste en un listado que evalúa la frecuencia de aparición de 48 pensamientos intrusos obsesivos presentes tanto en la población general (pensamientos intrusos obsesivos) como en población clínica (obsesiones). Esta primera parte suple varias de las limitaciones y deficiencias presentadas por los instrumentos anteriores de pensamientos intrusos como el ROII o el CIQ (Julien et ál., 2007). En la segunda parte se pide a la persona que escoja, de entre los ítems de la primera parte, la intrusión más molesta y desagradable, y que sobre la base de esta intrusión valore una serie de aspectos: (1) las reacciones emocionales que le suscita el pensamiento (p. ej., malestar, tristeza, culpa); (2) la dificultad para controlar la intrusión e interferencia; (3) las valoraciones disfuncionales asociadas a la intrusión (p. ej., fusión pensamiento acción, significado personal, responsabilidad, sobreestimación de la amenaza, intolerancia incertidumbre, etc.); y (4) la frecuencia de uso de un listado de estrategias (incluidas las compulsiones) que los sujetos emplean para contrarrestar el pensamiento o el malestar asociado al mismo.

La primera parte del INPIOs presenta unas excelentes propiedades psicométricas tanto en población general española (N= 570;  $\alpha = 0,94$ ; CCI entre 7 y 14 días después = 0,97, rango = 0,96-0,97) como clínica (N=33;  $\alpha = 0,86$ ).



La población general y clínica presentaron un número similar de pensamientos intrusos, pero la frecuencia con la que los experimenta la población con TOC fue significativamente mayor en todas las dimensiones ( $t_{(gl=356)}=0,04$ ).

El listado de la primera parte recoge un 96% de las intrusiones de la muestra no clínica (N=570), y el 85% de las obsesiones informadas por la población clínica con TOC (N= 33). El modelo factorial que más se adecua a los datos es el formado por seis factores de contenidos obsesivos (agresivos; sexuales, religiosos repugnantes, existenciales, conductas socialmente inadecuadas; simetría y orden; dudas y necesidad comprobar; limpieza y contaminación y superstición) que se agrupan en dos factores de orden superior (pensamientos obsesivos tipo I y tipo II).

La muestra clínica (N=33) reaccionó significativamente de forma más disfuncional a sus pensamientos más molestos (mayores sentimientos de molestia, ansiedad, tristeza, culpa y vergüenza), estos les interfirieron más, les resultaron más difíciles de controlar y los valoraron peor (mayor importancia del pensamiento, fusión pensamiento acción, significado personal, responsabilidad, etc.). Además emplearon significativamente con mayor frecuencia diferentes estrategias de control disfuncionales, entre ellas las compulsiones de comprobación ( $t_{(gl=33,28)}=2,73$ ), de repetición ( $t_{(gl=31,38)}=5,28$ ) o el autocas-tigo ( $t_{(gl=350)}=5,23$ ).

La evaluación de estos elementos resulta crucial para dirigir la intervención clínica hacia los sesgos cognitivos y estrategias disfuncionales relevantes en cada paciente.

### **57.Fiabilidad y validez de dos escalas de rumiación: LARSS y SMRI**

Gómez Baya, D. J.

Universidad de Huelva

djegovic@hotmail.com

En este estudio queremos estudiar la validez y fiabilidad de la traducción al español de la escala LARSS (rumiación de tristeza; subescalas: incontrolabilidad, comprensión y análisis causal) y la escala SMRI (rumiación global: la rumiación sucede cuando se impide el progreso hacia los objetivos; subescalas: emocionalidad, motivación y distracción), siguiendo el método de la traducción inversa, dado que ambas suponen un buen complemento al uso de



la RRS y aportan contenidos diferentes. Se realizó la aplicación colectiva del instrumento a 330 estudiantes universitarios de la Universidad de Huelva. La escala LARSS presenta elevada consistencia interna, y muchas evidencias de validez: la alta correlación positiva con los síntomas depresivos y la correlación negativa presentada con la satisfacción vital (validez de criterio); muy alta correlación con la puntuación en la escala RRS y con la escala SMRI (validez convergente); el análisis factorial aporta tres factores equivalentes a los de Raes, Hermans, Williams, Bijttebier, y Eelen (2008; validez factorial); la relación con otras variables: la subescala comprensión está relacionada con la subescala reflexión de la RRS, y la subescala incontrolabilidad, con la subescala brooding de la RRS. La escala SMRI presenta baja consistencia interna. Los estudios de validez indican que: presenta leve correlación positiva con los síntomas depresivos (validez de criterio); alta correlación con las escalas LARSS y RRS (validez convergente); el análisis factorial aporta tres factores muy relacionados con los hallados por Scott y McIntosh (1999; validez factorial); y la relación con otras variables, como la correlación positiva del factor emocionalidad con el brooding, la reflexión y la preocupación, y la correlación positiva de brooding y el factor distracción. Según nuestros resultados, el uso de la escala LARSS puede ofrecernos una medida válida y fiable de la rumiación depresiva de carácter complementario a la RRS.

## ***26. Adaptación a población española de la International Intrusive Thoughts Interview Schedule. Resultados preliminares***

López Vilaplana, N.<sup>1</sup>, Belloch, A.<sup>2</sup>, Ciscar, S<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Centro de rehabilitación de enfermos mentales crónicos de Paterna, Agencia Valenciana de Salud

<sup>2</sup>Universidad de Valencia

<sup>3</sup>USM Burjassot, Agencia Valenciana de Salud.

nurialopez@correo.cop.es

### **INTRODUCCIÓN**

Se han diseñado diversos instrumentos de autoinforme para evaluar la frecuencia y valoraciones de los pensamientos intrusos análogos a obsesiones (PIOs), pero presentan las limitaciones propias de este formato. El Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)- Cross-cultural section, del que forma parte la directora de este estudio, ha creado un protocolo de



evaluación en forma de entrevista, la International Intrusive Thoughts Interview Schedule (IITIS), que podría superar dichos inconvenientes. OBJETIVOS. Traducir al español la IITIS, y aplicarla a un grupo reducido de personas para examinar sus principales características métricas en nuestro contexto (estudio piloto).

## METODOLOGÍA

(a) Sujetos: Participaron 13 mujeres y 1 hombre. Todos eran estudiantes universitarios. Su edad media fue de 23 (DT=1,2) años. Nadie tenía antecedentes de trastorno mental ni estaba recibiendo tratamiento psicológico. La participación en el estudio fue voluntaria. (b) Instrumentos: La IITIS es una entrevista estructurada que consta de 6 secciones (explicación de en qué consisten los PIO; datos de identificación; experiencias específicas de PIO en 7 áreas de contenido, recogiendo para cada una de las experiencias: narrativa, forma, consecuencias anticipadas, contexto, frecuencia, malestar/interferencia, importancia de eliminar, y dificultad para lograrlo; Valoraciones que suscita el PIO más molesto de los relatados; Estrategias para controlar el PIO más molesto; Fracasos de control del PIO). (c) Procedimiento: La IITIS fue administrada de manera individual por la 1ª autora (tiempo aproximado: 90 minutos). Todas las entrevistas fueron grabadas para poder analizar posteriormente las narrativas por parte de las autoras.

## RESULTADOS

Los PIOs que habían experimentado más de la mitad de los sujetos en el año previo fueron, en este orden: de duda (85,7%), ser víctima de un acto violento (71,4%), melodías (57,1%) y de agresión (35,7%). Nadie informó haber experimentado intrusiones religiosas o sexuales. La frecuencia fue similar entre todos los tipos, alrededor de “a veces (5-6 veces al año)”, excepto para los de duda y los supersticiosos, que tuvieron una frecuencia media superior a la mensual. Los PIOs más molestos fueron los de ser víctima de violencia (42,9%), seguidos por los de duda (35,7%). Las valoraciones más elegidas para el PIO más molesto fueron intolerancia a la ansiedad (85,7%) y sobreestimación del peligro (78,6%). La estrategia de control más utilizada fue la Racionalización (92,8%).

## CONCLUSIONES

La IITIS se ha adaptado a población española con buena comprensión por parte de esta muestra piloto. Para comprobar su aplicabilidad a la población



normal sería imprescindible administrarla a un mayor número de sujetos de ambos sexos y diferentes edades y niveles de estudios. Con respecto a su utilidad, es necesario comparar estos resultados con los obtenidos mediante pruebas de autoinforme sobre la experiencia de PIO.

#### AGRADECIMIENTOS

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación SEJ2006/03893-PSIC (Ministerio de Ciencia y Tecnología; A. Belloch, Investigadora Principal)

### ***27.Reducción del número y días de ingresos en un programa de tratamiento asertivo o comunitario***

López Santiago, J.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

joselosa@hotmail.com

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) es un modelo de intervención intensiva e integral para el tratamiento de los trastornos mentales graves (TMG) que tienen dificultades para adaptarse y vivir autónomamente en la comunidad surgido en la década de 1970 en Wisconsin (EE.UU). A finales de 2002 se pone en marcha en Albacete un programa, con características similares a las de un TAC, con el objetivo de atender a los TMG que presentaban múltiples ingresos o se encontraban recluidos en su domicilio. Para este trabajo se estudiaron el número y los días de ingresos en unidades de hospitalización breves antes y después de ser incluidos en el programa (pre-post) en el periodo de un año (N= 55) y durante 3 años (N= 38). Los datos se analizaron con la prueba no paramétrica para muestras relacionadas de Wilcoxon. Los resultados muestran que en el primer año en el periodo *pre* se produjeron 83 ingresos y en el *post* 28 con una reducción del 66,26% ( $Z = -3,768$ ;  $p > 0,000$ ) y en el periodo de 3 años los ingresos *pre* fueron 116 y durante la intervención del programa de 49 con una reducción del 57,76% ( $Z = -3,589$ ;  $p > 0,000$ ). Respecto a los días de ingreso en el primer año se redujeron en un 83,13% de 1494 a 252 ( $Z = -4,242$   $p > 0,000$ ) y en el periodo de 3 años los días de ingreso disminuyeron en un 70,38% de 2171 a 643 ( $Z = -4,109$   $p > 0,000$ ). Estos resultados positivos se interpretan en relación con la actual literatura sobre el tema.



## **28. Diferencias y similitudes clínicas entre el trastorno de somatización y el trastorno hipocondríaco**

López Santiago, J.<sup>1</sup>, Belloch, A.<sup>2</sup>, Colomer, I.<sup>1</sup>, Gómez García, M<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (SESCAM)

<sup>2</sup>Universidad de Valencia

joselosa@hotmail.com

En los últimos años existe un intenso debate en la literatura científica respecto a la utilidad de mantener la categoría actual de los trastornos somatoformes en el DSM-V. La toma de decisiones sobre la futura ubicación de los principales trastornos que incluye (Trastorno de Somatización -TS- e Hipocondría -TH) debe estar fundamentada en el detallado conocimiento de las características clínicas de estos pacientes.

Este estudio tiene el objetivo de ofrecer algunos resultados sobre las diferencias entre 23 TS y 21 TH (criterios DSM). Los pacientes completaron un protocolo de instrumentos relacionados con ambos trastornos: depresión (BDI), sensibilidad a la ansiedad (ASI), preocupación (PSWQ), Amplificación somatosensorial (SSAS), Rasgos hipocondríacos y somatomorfos (Índice Witley, IPHA, HAS, IAS), alexitimia (TAS-20) e interpretación de síntomas (SIQ).

Los TH muestran una *mayor preocupación corporal (IW, HAS), fobia a la enfermedad (IW, IPHA), atención y vigilancia por la salud (IPHA) y consciencia de hipocondría (IPHA)*. Los TS presentan una *mayor utilización de servicios médicos (HAS, IAS), mayor insatisfacción con los cuidados médicos (HAS) y mayor grado de alexitimia y dificultad de expresar y verbalizar emociones (TAS)*. Los síntomas de ansiedad, en relación a *la tendencia a la preocupación y la sensibilidad a la ansiedad* (medidas mediante PSWQ y ASI) y la depresión (BDI) no muestran diferencias significativas. En otras características clínicas como *convicción de enfermedad (IW e IPHA), Sentimiento de vulnerabilidad a la enfermedad (IPHA) y la Amplificación Somatosensorial (SSAS)* tampoco hay diferencias. Los resultados son interpretados en relación al actual debate respecto a la ubicación nosológica de ambos trastornos.



## Psicopatología y psicología clínica en la infancia y adolescencia

Coord.: Rosa Valiente (UNED)

Viernes, 28 de Noviembre de 2008, a partir de las 9:00 h.

Vestíbulo Facultad de Humidades

1. *Breve historia del TDAH en la Salud Mental Infanto - Juvenil: 1996 - 2008*

Gabari Ledesma, J. M., Chinchilla Rodríguez, A., Martínez de Salazar Arboleas, A. D.

Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil, Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería)

2. *¿Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en preescolares?*

Alvarez Arroyo S., de Sande Díaz F., Pino Calderón F.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

3. *Presencia del trastorno bipolar en la etapa infanto-juvenil*

Sánchez Sánchez, M.C., Martínez de Salazar Arboleas, A., Ibáñez Salmerón, J.C.

Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Almería, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud, (Almería).

4. *Características de la evaluación de una muestra de escolares, hijos de padres separados.*

Jiménez Tallón, M<sup>a</sup> A., Montero Jiménez, M., Perea Pérez, M<sup>a</sup> C.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico, Universidad de Murcia

5. *Los maestros como modelos en el desarrollo de la imagen corporal: variables implicadas en la satisfacción*

Gil, M.D.<sup>1</sup>, Ballester, R<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universitat de València, Estudi General

<sup>2</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I de Castelló



6. *Percepción Parental del Efecto Psicológico de la Más Baja Talla en Niños*  
Andújar-Barroso, R., Revuelta-Pérez, F., Torres-Peréira, J., Vélez-Morón, A.  
Universidad de Huelva
7. *Personalidad y Actitud hacia la Muerte en Jóvenes Adultos*  
Andújar-Barroso, R. T., Revuelta-Pérez, F., López-Lechuga, R., Medero-Irizo, P.  
Universidad de Huelva
8. *Características de los menores observadores de violencia de género*  
Minguillón Meléndez, A.<sup>1</sup>, Chorot, P.<sup>2</sup>, Sandín, B.<sup>2</sup>, Valiente, R.M.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Centro de la Mujer Almenara (Castilla-La Mancha)  
<sup>2</sup>UNED (Madrid)
9. *Relación entre higiene de sueño y calidad del sueño en adolescentes*  
Sierra, J.C.<sup>1</sup>, Vallejo-Medina, P.<sup>1</sup>, Martín, M.C.<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Universidad de Granada  
<sup>2</sup>Asociación Española de Psicología Conductual
10. *Recuerdos de la Infancia, Perfeccionismo y Vinculación con el Adulto*  
Carmo, C., Alves, D.  
Universidade do Algarve (Portugal)
11. *Bullying y Personalidad*  
Domínguez, R., Pazos, M., Vélez, N.  
Universidad de Huelva



## **1. Breve historia del TDAH en la Salud Mental Infanto - Juvenil: 1996 - 2008**

Gabari Ledesma, J. M., Chinchilla Rodríguez, A., Martínez de Salazar Arboles, A. D.

Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil, Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería)

josegale@hotmail.com

Actualmente, uno de los trastornos que mayor carga asistencial generan en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En este sentido, se ha observado en los últimos años un aumento de la prevalencia e incidencia de este síndrome, que algunos autores atribuyen a una tendencia al sobrediagnóstico (Cardo y Servera, 2008). Dicho fenómeno podría explicarse, sin embargo, por la falta de consenso a la hora de establecer los criterios de evaluación previos a la realización del diagnóstico. En cuanto al abordaje terapéutico, los estudios abogan actualmente por un enfoque integral mediante el que dar respuesta a todas las necesidades de estos niños tanto en el ámbito familiar como escolar. En este sentido, parece que el tratamiento más eficaz es aquel que combina la intervención farmacológica con la aplicación de pautas de modificación de conducta.

### **OBJETIVOS**

En el presente estudio, trataremos de analizar la evolución de la prevalencia e incidencia del diagnóstico de TDAH a lo largo del tiempo en nuestra USMI-J. Asimismo, valoraremos la evolución de los diferentes abordajes terapéuticos a lo largo del tiempo, la comorbilidad psiquiátrica, y su relación con diversas variables sociodemográficas.

### **MÉTODO**

La muestra de nuestro estudio está compuesta por todos los pacientes de la USMI-J de Almería diagnosticados de TDAH desde enero de 1996 hasta agosto de 2008, de cuyas historias clínicas obtuvimos la información referente a las variables de estudio. Posteriormente, procedimos al recuento y análisis descriptivo de los datos.



## RESULTADOS

La muestra analizada está compuesta por 239 sujetos. La media de edad en el momento del primer contacto con USMI-J fue de 8 años, no observándose diferencias significativas por sexos.

Respecto a la prevalencia e incidencia del diagnóstico, observamos un aumento significativo de ambas a lo largo del período de estudio.

En cuanto a los tratamientos aplicados, a lo largo de los años se observa un claro predominio del tratamiento combinado, compuesto por intervención farmacológica junto con pautas de modificación de conducta.

Finalmente, encontramos un 11% de comorbilidad con otros trastornos mentales.

## **2. *¿Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en preescolares?***

Alvarez Arroyo S., de Sande Díaz F., Pino Calderón F.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

sonickalvarezarroyo@gmail.com

El TDAH se caracteriza por falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Se manifiesta según la etapa, siendo la impulsividad e inquietud más frecuentes en los primeros años, mientras que la atención es considerada menos prevalente. En el 75 % de los casos se estima un inicio antes de los 5 años. Informes retrospectivos de padres señalan que niños con TDAH se muestran, desde preescolares, excesivamente inquietos, desatentos e impulsivos, lo que les lleva a sufrir accidentes con mayor frecuencia. Con criterios DSM-IV, se estima una prevalencia entre el 3 y el 5 % de los preescolares en EEUU, estando los niños más afectados. En cuanto a los subtipos, el más frecuente es el tipo impulsivo. El TDAH es un trastorno con comorbilidad múltiple y significativa, tanto sincrónica como diacrónica. Tanto las intervenciones psicosociales como las psicofarmacológicas con metilfenidato han demostrado ser las más efectivas.



### **3. Presencia del trastorno bipolar en la etapa infanto-juvenil**

Sánchez Sánchez, M.C., Martínez de Salazar Arboleas, A., Ibáñez Salmerón, J.C. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Almería, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud, (Almería).  
alma@cop.es

Durante mucho tiempo el diagnóstico de trastorno bipolar en población infantil fue objeto de controversia, pensándose que no existía en niños y que era raro en adolescentes. Los estudios epidemiológicos en estas edades son escasos y poco concluyentes, aunque se considera que la prevalencia para adolescentes, entre 14 y 18 años de edad es de alrededor de 1% con igual proporción entre ambos sexos, siendo todavía más baja en la edad infantil (Wagner, 2004). Actualmente su diagnóstico y tratamiento es indiscutible para la mayoría de los especialistas. De hecho, los estudios epidemiológicos consideran que entre un 20 y un 40 % de los trastornos bipolares de los adultos se han iniciado durante la infancia o la adolescencia (Mardomingo, 2004).

El objetivo del presente trabajo es describir algunas de las características sociodemográficas de pacientes vistos en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) de Almería desde su creación (1987) hasta septiembre de 2008 con diagnóstico, según criterios C.I.E.-10, de Trastorno Bipolar y trastornos afectivos afines (F30, F31, F33.2 y F33.3).

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

- **Diseño:** Estudio descriptivo transversal-retrospectivo.
- **Muestra:** Pacientes que acuden por primera vez a la USMI-J de Almería recibiendo los anteriores diagnósticos.
- **Variables:** diagnóstico, edad, sintomatología de inicio, sexo, duración del tratamiento, antecedentes familiares de Trastornos del Humor (F30-39), comorbilidad con otros trastornos mentales, consumo de sustancias, tipo de abordaje terapéutico, adherencia al tratamiento (tomando como referencia el cumplimiento o no de citas de seguimiento) y la posible derivación a otros dispositivos.
- **Material :** Ficha de recogida de datos, historia clínica del paciente, fichas epidemiológicas y base de datos de SISMA.



Las conclusiones del estudio previsiblemente se encontrarán muy determinadas por la circunstancia de que el trastorno bipolar en este periodo evolutivo suele ser difícil de diagnosticar debido, principalmente, a la variedad en la presentación clínica que puede enmascarar el diagnóstico, no cumplen los mismos criterios temporales que los trastornos bipolares de la edad adulta y en ocasiones, el diagnóstico diferencial con otros trastornos (como el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y los trastornos de conducta) no siempre es claro. Esto puede llevar a que en ocasiones se produzca un retraso en el diagnóstico de varios años o que constituya un trastorno infradiagnosticado.

#### ***4. Características de la evaluación de una muestra de escolares, hijos de padres separados***

Jiménez Tallón, M<sup>a</sup> A., Montero Jiménez, M., Perea Pérez, M<sup>a</sup> C.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico, Universidad de Murcia

ajtallon@um.es

##### **OBJETIVO**

El objetivo de este trabajo es investigar las diferencias entre niños/as, hijos de padres separados y niños/as, hijos de familias intactas en una muestra de escolares murcianos.

La separación de los padres representa una experiencia muy estresante para los hijos con consecuencias a corto, medio y largo plazo (APA, 1987). Por ello se ha constatado que los hijos de padres divorciados y separados acuden a las consultas psicológicas y psiquiátricas en mayor porcentaje que en las familias intactas.

##### **METODOLOGÍA**

Se ha iniciado el estudio de una muestra de 60 sujetos comprendidos entre 6 y 12 años de edad y escolarizados en un centro escolar de Murcia capital, 30 de estos niños son hijos de padres separados y otros 30 pertenecen a familias intactas con un total de 32 niños y 28 niñas.

Los instrumentos utilizados para la evaluación de estos niños han sido: Un cuestionario que refleja la situación personal y psicosocial de los niños evaluados. El Inventario clínico infantil (ICI), una adaptación del CBCL de



Achenbach y Edelbrock y de la Escala de hiperactividad de Conners (López Soler, 1986) y por último el ESPQ. Cuestionario de personalidad para niños de Coon y Cattell.

Los datos se han analizado mediante el Programa estadístico SPSS-15

## RESULTADOS

En los datos obtenidos se han encontrado:

1. Puntuaciones más elevadas en el ICI, en los niños/as, hijos de padres separados
2. Los varones de la muestra puntúan más elevado que las niñas, en el ICI
3. Los niños/as, hijos de padres separados presentan más alteraciones psicopatológicas en su entorno familiar que los niños/as de familias intactas
4. Los niños/as de padres separados puntúan más bajo en razonamiento abstracto que los niños de familias intactas
5. Los niños/as de padres separados son más cohibidos que los de familias intactas
6. Los niños/as de padres separados son más dependientes y sensibles que los de familias intactas
7. Las niñas evaluadas presentan más alteraciones psicológicas en su contexto familiar, que los varones de la muestra
8. Las niñas de la muestra son más entusiastas y confiadas que los niños
9. Las niñas de la muestra son más sensibles , dependientes e impresionables que los niños
10. Las niñas de la muestra son más relajadas y menos tensas que los niños



### **5. Los maestros como modelos en el desarrollo de la imagen corporal: variables implicadas en la satisfacción**

Gil, M.D.<sup>1</sup>, Ballester, R<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universitat de València, Estudi General

<sup>2</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I de Castelló

Dolores.Gil@uv.es

Los maestros constituyen un modelo no sólo en cuanto a lo que explícita y conscientemente enseñan sino también y sobre todo, en cuanto a lo que transmiten de forma no consciente con su comportamiento no-verbal. En este sentido la valoración negativa del propio cuerpo se transmite como sus otras enseñanzas y ejerce una gran influencia sobre los niños y niñas que están en proceso de formación de su imagen corporal. Cuando una persona se siente incómoda en relación con alguna parte de su cuerpo o con su cuerpo en general tiende a evitar abordar temas al respecto o lo hace de forma poco natural. La insatisfacción con la imagen corporal puede originar pensamientos y sentimientos negativos que influirán en cómo se aborde la educación para la salud que de forma transversal recibirán sus alumnos.

El objetivo de este estudio es analizar qué aspectos explican la satisfacción corporal en los futuros maestros como paso previo para el desarrollo de programas de formación de formadores sobre educación para la salud dirigidos a niños de Educación Infantil y Primaria. Para ello hemos recogido información de una muestra de 90 estudiantes universitarios de la Universitat de València de edades comprendidas entre los 18 y los 24 años, sobre sus pensamientos y creencias acerca de cómo deben ser las personas para ser atractivas (Cash, 1991), su grado de autoestima (Rosenberg, 1979), su ansiedad/depresión (Zigmond y Snaith, 1983) y la satisfacción con su propio cuerpo (Cash, 1991).

Los resultados muestran un índice de insatisfacción bastante elevado tanto en chicos como en chicas si bien hay diferencias significativas entre los géneros siendo mayor la insatisfacción en ellas ( $p < 0,05$ ). Aparecen correlaciones significativas entre la satisfacción con la imagen y ansiedad ( $-0,341^{**}$ ), depresión ( $-0,426^{***}$ ), necesidad de aceptación ( $-0,451^{***}$ ), autoestima ( $0,563^{**}$ ), habilidades sociales ( $0,527^{***}$ ) y pensamientos negativos de tipo



social (-0,701\*\*\*). La ecuación de regresión efectuada explica el 40% de la varianza relativa a la satisfacción con la imagen corporal mediante tres variables: la autoestima, las habilidades sociales y los pensamientos negativos de tipo social.

La conclusión más destacada es que la satisfacción con la imagen corporal tiene un componente social muy marcado que se manifiesta en las habilidades sociales y en la incidencia de pensamientos negativos relativos a situaciones de tipo social. La satisfacción con la imagen correlaciona con la percepción del manejo de situaciones sociales. Esto guarda una relación muy estrecha con la autoestima que tiene además de un componente social (sobre todo en su gestación) un componente cognitivo al asociarse estrechamente con el autoconcepto. Así, los pensamientos negativos acerca de las propias habilidades para interactuar en situaciones sociales muestran la interiorización de ese factor.

Para la prevención de trastornos alimentarios en la infancia y juventud sería conveniente llevar a cabo actividades de formación de formadores dirigidas a la mejora de la satisfacción con la imagen centrándose en el desarrollo de habilidades sociales y en la reestructuración cognitiva desautomatizando los pensamientos negativos.

## ***6. Percepción Parental del Efecto Psicológico de la Más Baja Talla en Niños***

Andújar-Barroso, R., Revuelta-Pérez, F., Torres-Peréira, J., Vélez-Morón, A.  
Universidad de Huelva  
rafan@uhu.es

### **INTRODUCCIÓN**

Lo corporal tiende a constituirse en elemento esencial para el sustento de unos adecuados autoconcepto y autoestima personales (Raich, 2000). En la infancia y la adolescencia, lo relacionado con la talla y el peso adquieren especial relevancia en el desarrollo de la autoimagen personal, fuente de lo autoconceptual y con repercusión relevantes en el funcionamiento interpersonal actual y futuro. La más baja talla (patológica o no) en el niño adquiere especial relevancia dado que su manejo en los diferentes contextos, mayormente entre iguales, puede favorecer una situación de “riesgo psicológico”



para el padecimiento insatisfacción personal y consecuencias psicológicas negativas. La percepción de los adultos que rodean al niño/adolescente, especialmente en el entorno familiar pueden contribuir a un inadecuado afrontamiento de tal circunstancia física, favoreciendo la aparición, el mantenimiento o agravamiento de consecuencias psicológicas negativas (De Gracia, Marco, Fernández y Juan, 1999; Serketich y Dumas, 1997). En este trabajo se pretende advertir la influencia de las madres, como adulto relevante del contexto familiar, en los posibles efectos psicológicos de la más baja talla en el niño.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se recogió una muestra de niños escolarizados (centros de núcleo urbano) de ambos sexos ( $n= 335$  varones y  $n= 324$  mujeres) de 3º de EP a 1º de ESO (edad media de toda la muestra de 11,85 y d.t.=1,51) y sus respectivas madres ( $n= 463$ ) (edad media 38,26 y d.t.=5,48). Se les tomo medida de talla y peso. Asimismo, se les administró una batería de cuestionarios para la medida de, entre otros, aspectos relativos a la Competencia Social (CSPI adaptado y validado de Wheeler y Ladd, 1982), Apoyo Social (SSA adaptado de Vaux *et al.*, 1986) y Actitud ante la Baja talla (ATGN adaptado y validado de Boulton, 1990). Por su parte, las madres evaluaron a sus hijos, entre otras, en actitud ante la baja talla, competencia social y apoyo social, mediante los mismos instrumentos.

## RESULTADOS

El contraste de medias para el grupo de niños de más baja talla mostró significatividad estadística en las variables de *actitud ante la baja talla* (ATG) ( $t=-2,612$  para  $p<0,05$ ) -más positivo en las madres que en los niños- y de la competencia social (CSPI) -en la subescala de *situaciones no conflictivas*- ( $t=2,558$  para  $p<0,05$ ) -más negativo en las madres que en los niños-. Igualmente, los aspectos del apoyo social relativos a *los amigos* ( $t=2,326$  para  $p<0,05$ ) y a *la gente en general* ( $t=-2,475$  para  $p<0,05$ ), como subescalas, parecen adquirir significación estadística en las diferencias entre madres e hijos en el grupo de más baja talla -más positivo este último en las madres que en los niños-. En los de talla más alta se generan parecidos resultados -quizás con una mayor significación estadística-, exceptuando una ausencia de significación en las diferencias en la *actitud ante la baja talla* y una mayor relevancia de las diferencias en la medida de *competencia social*



(donde muestran significación todas las subescalas y el total de escala). En comparación, los de talla intermedia muestran una falta generalizada de significación estadística en la diferencias entre madres e hijos, exceptuando la ya señaladas de *actitud ante la baja talla y apoyo social de la gente en general*, que se muestran más positivos en las madres que en los niños.

Las correlaciones entre ambas perspectivas valorativas (madres e hijos) tienden a ser elevadas y significativas para casi la totalidad de variables medidas en el grupo de niños de más baja talla, sobre todo respecto de los de talla intermedia.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados permitirían interpretar que la percepción de las madres son sensibles a la talla física de sus hijos, tendiendo a percibir de modo más negativo a aquellos que se apartan de los valores intermedios, tanto por talla alta como baja. Se advierten indicios del efecto mediatizador de las madres en la influencia ejercida por modelos relativos a talla física. Asimismo, habría que considerar la interacción entre el peso corporal y la talla, como elementos que determinan un “todo” en la percepción de lo corporal propia y ajena.

## **7. Personalidad y Actitud hacia la Muerte en Jóvenes Adultos**

Andújar-Barroso, R. T., Revuelta-Pérez, F., López-Lechuga, R., Medero-Irizaro, P.  
Universidad de Huelva  
rafan@uhu.es

## INTRODUCCIÓN

La *actitud hacia la muerte* tiende a conformarse bajo la influencia de múltiples factores, cuya acción es necesariamente interactiva (Neimeyer, 1997). La propia constitución del concepto de muerte, a la vez que se sustenta en el desarrollo cognitivo se deja impregnar de la experiencia personal, por lo que el elemento ambiental y cultural mismo modelan un modo de manejarse con la muerte o una determinada actitud hacia ella. En definitiva, muy probablemente, se pudiera hablar de un modo de afrontamiento -actitudinal- hacia una circunstancia estresante como es la muerte misma. Las características de personalidad pueden estar jugando un papel importante, de modo que podría hallarse en ellas una tendencia estable en el modo



afrontamiento y actitud hacia la misma (Bering y Schakelford, 2005; James, 2005), considerando, no obstante, que la historia de experiencias personales acompaña la construcción de la personalidad.

Teniendo estos aspectos en cuenta, en este trabajo se pretende poner en conexión la distintas actitudes hacia la muerte con aspectos básicos de la estructura de la personalidad, además de con elementos relacionados con ella y su expresión.

## MATERIAL Y MÉTODO

Formando parte de un estudio más amplio, se recogió una muestra de 148 sujetos adultos de ambos sexos ( 51,5% de mujeres y 48,5% de varones), con una edad media de 20,7 años (*d.t.*: 2,09). Se les administró, entre otros, el *Perfil Revisado de Actitud hacia la Muerte* (Wong et al., 1994), la *Escala de Ansiedad ante la Muerte* (Templer, 1970), el EPQ-R (en versión abreviada de 48 items) y el cuestionario *Apoyo Social Percibido* (de Vaux et al., 1986) -adaptación de Andújar y Revuelta (2001)-. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el paquete SPSS (v. 14.0) -licencia de la Universidad de Huelva-.

## RESULTADOS

Algunos de los resultados mostraron una alta significación estadística en las correlaciones de las actitudes globales hacia la muerte y la variable de personalidad *neuroticismo* ( $r=0,437$ ,  $p<0,001$ ). Con ese factor de personalidad correlacionaron de modo específico y positivo actitudes como el *miedo a la muerte* ( $r=0,437$ ,  $p<0,001$ ) o *aceptación de escape* ( $r=0,307$ ,  $p<0,05$ ) y, en menor medida, la *aceptación de acercamiento* ( $r=0,283$ ,  $p<0,05$ ). Asimismo, la *ansiedad ante la muerte* tiende a correlacionar del mismo modo ( $r=0,437$ ,  $p<0,001$ ) con ese factor de personalidad. Con *extraversión* es sólo la actitud de *aceptación de escape* hacia la muerte la que adquiere significación estadística, aunque en sentido inverso ( $r=-0,437$ ,  $p<0,001$ ). Tales correlaciones se tornan más intensas para el grupo de varones y algo menos para el de mujeres. El *Psicoticismo* no parece mantener relación significativa alguna con las actitudes hacia la muerte. En mujeres el apoyo social (en el total de escala y casi todas las subescalas) tiende a correlacionar significativamente sólo con *neuroticismo*, mientras que en varones la correlación se establece exclusivamente con la escala de *sinceridad*. Por otra parte, entre el apoyo social percibido y las distintas actitudes hacia la muerte, no aparece correlación significativa alguna.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el análisis de algunos de los resultados hallados puede advertirse que valores elevados de *neuroticismo* favorecerían actitudes más negativas hacia la muerte y manifestaciones más altas de ansiedad hacia ella, sobre todo en varones. La *extraversión*, por su parte, tiende a relacionarse de modo inverso con la *actitud de escape hacia la muerte*, de modo más intenso y significativo en varones.

Podrían advertirse, por tanto, unas marcadas diferencias intersexo en la relación entre actitudes hacia la muerte y personalidad, lo que apuntaría a que el abordaje y manejo de la muerte tiende a hacerse de modo distinto en varones que en mujeres. Estas diferencias se dejan notar en la manifestación de *apoyo social percibido*, el cual parece no mantener relación significativa alguna con las actitudes hacia la muerte, sin embargo tiende a vincularse con aspectos de la personalidad distintos en función del sexo.

La complejidad de la relación entre las distintas variables requeriría de un análisis multivariado más amplio, con la inclusión de otros aspectos relativos a la personalidad y, posiblemente, a los mecanismos generales de afrontamiento que repercutirían en la actitud hacia la muerte.

## **8. Características de los menores observadores de violencia de género**

Minguillón Meléndez, A.<sup>1</sup>, Chorot, P.<sup>2</sup>, Sandín, B.<sup>2</sup>, Valiente, R.M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de la Mujer Almenara (Castilla-La Mancha),

<sup>2</sup>UNED (Madrid)

anabmin@hotmail.com

El presente trabajo trata de presentar un avance del estudio realizado en Castilla-La Mancha con menores que viven en contextos de violencia de género. Para ello, contamos con los recursos asistenciales del Instituto de la Mujer en Castilla-La Mancha (Centros de la Mujer, Casas de Acogida) para derivar mujeres víctimas de violencia de género dispuestas a colaborar en el estudio con sus hijos/as.

El objetivo del estudio es conocer el impacto sobre la salud general emocional y física del niño/a. La aparición de trastornos psicopatológicos en los niños/as observadores de la violencia de género.



Teniendo en cuenta que, hasta no hace mucho los niños/as han sido las víctimas invisibles de situaciones familiares en las que la violencia de género ha sido el camino para la resolución de situaciones conflictivas en la pareja. En principio, los/as menores que viven en hogares violentos presentan indicadores de mayor riesgo para padecer cualquier tipo de maltrato: negligencia, maltrato físico, emocional (English et al, 1999). Además del mayor riesgo de padecer cualquier tipo de maltrato, los primeros datos que encontramos sobre la victimización materna y las consecuencias sobre los/as hijos/as, en las familias en las que las madres sufren violencia, indican que estos niños/as tienen menor autoestima, mayores niveles de ansiedad y peor rendimiento escolar, además de presentar mayor número de conductas disruptivas y de agresión. (English, Marshall, y Stewart, 2003). Otros autores sugieren que la preocupación no es sólo un fenómeno común de las personas adultas, sino también parece ocurrir frecuentemente entre los/as niños/as y los/as adolescentes (Sandín, 1997).

Diseñamos un protocolo para la evaluación de las madres y los menores que están a su cargo y cumplen los requisitos para acceder como participantes. En este protocolo se recogen los datos sociodemográficos, historia de violencia, evaluación psicológica de la madre y la evaluación psicológica de los niños/as. Todavía no podemos presentar datos concluyentes ya que el proyecto esta en fase de realización.

## ***12. Relación entre higiene de sueño y calidad del sueño en adolescentes***

Sierra, J.C.<sup>1</sup>, Vallejo-Medina, P.<sup>1</sup>, Martín, M.C.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidad de Granada

<sup>2</sup>Asociación Española de Psicología Conductual

pvallejo@ugr.es

Este estudio analiza la relación entre la calidad del sueño y la puesta en práctica de hábitos de higiene de sueño en una muestra de 208 adolescentes (92 varones y 116 mujeres) con una media de edad de 14,13 años ( $DT = 1,63$ ); asimismo, se pretende conocer la frecuencia de prácticas saludables de sueño a lo largo de los siete días de la semana. Para ello, los participantes contestaron a la Escala sobre Prácticas de Sueño de Lacks y Roberts (1986) y a la Escala de Insomnio Atenas (Soldatos et al., 2002). Los resultados se-



ñalan una asociación entre higiene y calidad de sueño ( $r = 0,46$ ;  $p < 0,001$ ). En cuanto a la frecuencia de conductas asociadas a la higiene de sueño, los resultados plantean la necesidad de una corrección de los hábitos de sueño desde la adolescencia.

### **10. Recuerdos de la Infancia, Perfeccionismo y Vinculación con el Adulto**

Carmo, C., Alves, D.

Universidade do Algarve (Portugal)

cgcarmo@ualg.pt

En la última década, diferentes investigadores (e.g., Hewitt & Flett, 1991; Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990) han mostrado bastante interés por el estudio y comprensión del perfeccionismo. Los estudios realizados en esta área (e.g., Frost et al., 1990) sugieren que el pensamiento perfeccionista tiene su origen en las interacciones que el individuo establece con las figuras parentales a lo largo de la infancia.

Parece importante comprobar si existe una relación entre el origen y el desarrollo del perfeccionismo y los estilos de vinculación, entendiendo por vinculación la relación privilegiada que el niño establece con las figuras parentales y que los adultos establecen con los pares.

Para conocer la existencia de una posible relación entre el perfeccionismo y la vinculación, se selecciono una muestra de conveniencia compuesta por 178 adultos y jóvenes adultos con edades comprendidas entre los 18 y 35 años del distrito de Faro (Portugal). Los datos fueron recogidos a través de la aplicación de: un cuestionario sociodemográfico, dos escalas multidimensionales de perfeccionismo (MPS-H e MPS-F), la Escala de Memórias de Infância (EMBU) y la Escala de Vinculação do Adulto (EVA).

Los resultados revelaron la existencia de una fuerte relación entre las dimensiones de Perfeccionismo Auto-Dirigido (PAD), Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) y las prácticas educativas recordadas; entre las dimensiones del perfeccionismo PAD y PSP y la vinculación al adulto, y, finalmente, entre las prácticas educativas recordadas y la vinculación al adulto



## 11. Bullying y Personalidad

Domínguez, R., Pazos, M., Vélez, N.

Universidad de Huelva

Mpazos.gomez@alu.uhu.es

### INTRODUCCIÓN

Una forma de estudiar el Bullying es conociendo las relaciones entre los iguales de un grupo. En este sentido, el análisis sociométrico es una potente herramienta conceptual y metodológica que permite estudiar la vida de éstos, si bien su empleo en investigación cuantitativa con grandes grupos de participantes se encuentra limitada por lo complejo de su corrección. Además, se ha encontrado que algunas dimensiones de personalidad están asociadas al hecho de ser considerado “Agresor”. Para facilitar la medida del Bullying, se pretende obtener evidencia empírica de la validez de la Escala de Bullying de Agresión-Victimización (EBAV) (Domínguez, R., García, N., Vélez, N., Pazos, M. y Pérez, P.J., 2008), diseñada para el estudio del fenómeno Bullying mediante autoinforme aplicable en grandes muestras de personas.

### OBJETIVOS

- 1) Comprobar la existencia de relación estadísticamente significativa entre el estatus como agresor a través de un análisis sociométrico y las dimensiones de personalidad del *Eynseck Personality Questionary Junior* (EPQ-J).
- 2) Comprobar que dichas relaciones se replican al medir el Bullying mediante la EBAV, considerando dicho resultado una evidencia favorable sobre la validez de esta escala.
- 3) Estimar la fiabilidad de la EBAV en esta aplicación.

### MÉTODO

La muestra está compuesta por 344 alumnos de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) de dos centros educativos de Huelva, seleccionados mediante un criterio de accesibilidad. Se aplicó un test sociométrico elaborado por el grupo de investigación, la escala EBAV, compuesta por dos dimensiones (Agresión y Victimización), cada una de ellas con tres factores (Física, Verbal y Psicosocial) medidos cada uno con 6 ítems, así como el test de personalidad EPQ-J.



## RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el análisis de correlaciones y la F de Anova, muestran datos estadísticamente significativos y similares a los encontrados en la literatura, siendo éstos una evidencia favorable sobre la validez de la EBAV.



## Psicología de la salud

Coordinadora: Zaira Morales (Universidad de Huelva)

Sábado, 29 de Noviembre de 2008, a partir de las 9:00 h.

Vestíbulo Facultad de Humidades

1. *Esquizotipia y consumo de tabaco y alcohol*  
Aguilera, A.<sup>2</sup>, Álvarez, E.<sup>1</sup>, Torres, M.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Universidad de Barcelona  
<sup>2</sup>Universidad Oberta de Catalunya
2. *Consumo de Tabaco: Factor Asociado a la Anorexia y Bulimia Nerviosas*  
Castro Barea, J.<sup>1</sup>, Castro Zamudio, S.<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, Distrito Sanitario de Málaga  
<sup>2</sup>Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga
3. *Evaluación de los constructos del Modelo Transteórico del Cambio y de otras variables psicológicas y de salud en las distintas etapas del modelo*  
Morales, Z.E., Pascual, L.M., Torrico, E.  
Departamento de Psicología clínica, experimental y social, Universidad de Huelva
4. *Evaluación de los sesgos atencionales en fumadores a través de la tarea de detección del punto*  
Morales, Z.E., Pascual, L.M., Carmona, J.  
Departamento de Psicología clínica, experimental y social, Universidad de Huelva
5. *¿Qué aportan los diferentes sistemas de clasificación de fumadores? Comparación entre el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente y la clasificación de la Organización Mundial de la Salud*  
Morales, Z.E., Pascual, L.M., Carmona, J.  
Departamento de Psicología clínica, experimental y social, Universidad de Huelva
6. *Variables organizacionales y su repercusión laboral*  
Pollán Rufo, M., Gabari Gambarte, I.  
Universidad Pública de Navarra



7. *Impacto de los trastornos del estado de ánimo en la calidad de vida*  
Peris-Mencheta, L., Díaz Sibaja, M. A., Trujillo A., Machado, A.  
SAS Hospital Punta de Europa
8. *El estrés laboral y síndrome de Burnot en el personal de Universidad: Validación de un modelo estructural sobre el efecto mediador de la competencia personal percibida*  
Averages Navarro, M. L.<sup>1</sup>, Borda Mas, M.<sup>1</sup>, López Jiménez, A. M.<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos,  
<sup>2</sup>Departamento de Psicología Experimental, Facultad de Psicología,  
Universidad de Sevilla
9. *Estudio descriptivo de la Inteligencia Emocional, el Burnout, el Engagement y la satisfacción con la relación con los iguales en una muestra de estudiantes universitarios*  
Villalba Ruiz, E. B., Garrido Muñoz de Arenillas, M. R., Fernández Borrero, M. A., Pérez Moreno, P. J.  
Universidad de Huelva
10. *El género y la Inteligencia Emocional, el Burnout y el Engagement en una muestra de estudiantes universitarios*  
Fernández Borrero, M. A., Villalba Ruiz, E. B., Garrido Muñoz de Arenillas, M. R., Pérez Moreno, P. J.  
Universidad de Huelva
11. *Relación entre la Satisfacción con la Vida y la Inteligencia Emocional en estudiantes universitarios*  
Garrido Muñoz de Arenillas, M. R., Villalba Ruiz, E. B., Fernández Borrero, M. A., Pérez Moreno, P. J.  
Universidad de Huelva
12. *Validez factorial de un cuestionario de expectativas laborales (CEL) en una muestra mexicana de profesionales de la salud*  
Villa George, F. I.<sup>1</sup>, Moreno Jiménez, B.<sup>1</sup>, Villalpando Uribe, J.<sup>2</sup>, Villamil Delgado, S.<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Madrid  
<sup>2</sup>Servicios de Salud Pública del Estado de Puebla-México (México)



13. *Intervención conductual en paciente diagnosticado de narcolepsia*  
Oviedo de Lucas, O.<sup>1</sup>, Álvarez Arroyo, S.<sup>2</sup>, Martín Recuero, L.<sup>1</sup>, Manzano Alonso, J.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Equipo de Salud Mental de Naval Moral de la Mata (Cáceres)  
<sup>2</sup>Equipo de Salud Mental de Llerena (Badajoz)
14. *Valoración de la salud (SF-36) en pacientes candidatos a terapias implantables: diferencias en función de las actitudes sobre la salud*  
Merayo Alonso, L.A., López-Millán Infantes, J. M  
Unidad Integral de Estudio y Tratamiento del Dolor, Departamento de Anestesiología-Reanimación y Terapia del Dolor, Área Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla
15. *¿En qué piensa el paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos?*  
Ballester, R.<sup>1</sup>, Abizanda, R.<sup>2</sup>, Gil, B.<sup>1</sup>, Edo, M.T.<sup>1</sup>, Bernat, A.<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castelló  
<sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Castelló
16. *Variables de personalidad relacionadas con la conducta de comer emocional en mujeres obesas*  
Perpiñá, C.<sup>1 2</sup>, Roca, P.<sup>1</sup>, Roncero, M.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Valencia  
<sup>2</sup>CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto Salud Carlos III
17. *Conducta de enfermedad y conciencia corporal en pacientes con fibromialgia: un estudio preliminar*  
Ruiz, E., Ballester, R.  
Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología (Universitat Jaume I, Castelló)



18. *Percepción subjetiva de la calidad asistencial en una Unidad de Cuidados Intensivos. Análisis diferencial desde una doble perspectiva: pacientes y familiares*

Ballester, R.<sup>1</sup>, Gil, B.<sup>1</sup>, Abizanda, R.<sup>2</sup>, Edo, M.T.<sup>1</sup>, Bernat, A.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castelló

<sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Castelló

19. *Transexualidad y Psicopatología*

Rodríguez Molina, J.M., Asenjo N., Becerra, A., Lucio, M. J.

Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología

20. *Relación entre consumo de drogas y funcionamiento sexual*

Pablo Vallejo-Medina, Miguel García-Pérez, Juan Carlos Sierra

Universidad de Granada

21. *¿Quiénes cambian más ante nuestras intervenciones preventivas en VIH-Sida, los hombres o las mujeres?*

Giménez, C.<sup>1</sup>, Ballester, R.<sup>1</sup>, Gil, M.D.<sup>2</sup>, Ruiz, E.<sup>1</sup>, Cassà, C.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I (Castellón)

<sup>2</sup>Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia

22. *Fiabilidad y validez del Test del Deseo Sexual Inhibido*

Vallejo-Medina, P.<sup>1</sup>, Sierra, J.C.<sup>1</sup>, Marín Bueno, A.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidad de Granada

<sup>2</sup>Asociación Española de Psicología Conductual

23. *El cuestionario de búsqueda de sensaciones sexuales: adaptación y validación en una muestra española*

Ballester, R.<sup>1</sup>, Gil, M.D.<sup>2</sup>, Ruiz, E.<sup>1</sup>, Giménez, C.<sup>1</sup>, Gómez, S.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I (Castellón)

<sup>2</sup>Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia



24. *Estudio sobre el concepto de sexualidad en los encargados de formar a las/os chicas y chicos: Familia y profesorado*  
García Rojas, A.D.  
Universidad de Huelva
25. *Investigación sobre adolescencia y sexualidad*  
García Rojas, A.D.  
Universidad de Huelva
26. *La sexualidad (negada) en las personas con discapacidad psíquica*  
García Rojas, A.D.  
Universidad de Huelva
27. *¿Existe relación entre las dimensiones de personalidad, la percepción de riesgo frente al VIH y las creencias asociadas al uso del preservativo?*  
Ballester, R.<sup>1</sup>, Gil, M.D.<sup>2</sup>, Ruiz, E.<sup>1</sup>, Giménez, C.<sup>1</sup>, Gómez, S.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología (Universitat Jaume I, Castellón)  
<sup>2</sup>Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Univ. de València, Estudi General
28. *Calidad de sueño en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*  
Martínez, P., De la Torre, A. y Miró, E.,  
Facultad de Psicología, Universidad de Granada
29. *Función ejecutiva en pacientes con fibromialgia*  
Hita, E., Miró, E., Lupiáñez, J., Martínez, P. y Sánchez, A.I.  
Facultad de Psicología, Universidad de Granada
30. *Relación entre la conducta de consumo y los rasgos de personalidad*  
Gracia, M.R., Rodríguez, S.  
Universidad de Huelva



## **1. Esquizotipia y consumo de tabaco y alcohol**

Aguilera, A.<sup>2</sup>, Álvarez, E.<sup>1</sup>, Torres, M.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Universidad de Barcelona

<sup>2</sup>Universidad Oberta de Catalunya

aaguilerama@uoc.edu

La esquizotipia es un rasgo de personalidad multidimensional caracterizado por un comportamiento de alejamiento social, con experiencias extrañas y desorganización cognitiva. Está considerada como un factor predictor de riesgo para la esquizofrenia. Por otra parte, el consumo de sustancias tóxicas se ha asociado con diversas dimensiones de personalidad, como el Psicoticismo, y con algunos trastornos psicológicos, entre los que destaca la esquizofrenia.

El objetivo del presente trabajo consiste en establecer la posible relación entre la esquizotipia y el consumo de tabaco y alcohol en mujeres. Para ello, se ha administrado el cuestionario O-LIFE-R (Claridge y cols., 1995) en su versión reducida en castellano para evaluar la esquizotipia y un cuestionario acerca de los hábitos de consumo de las citadas sustancias (tabaco y alcohol) en una muestra femenina de estudiantes de la Universidad de Barcelona.

Los resultados obtenidos nos permiten adelantar que, en lo referente al consumo de tabaco, los fumadores presentan una mayor puntuación en la dimensión de Experiencias Inusuales y una menor puntuación en Anhedonia Introversa. En relación al alcohol, los consumidores de esta sustancia muestran una mayor puntuación en Experiencias Inusuales y Disconformidad Impulsiva. En el trabajo se expondrán y discutirán los resultados obtenidos.

## **2. Consumo de Tabaco: Factor Asociado a la Anorexia y Bulimia Nerviosas**

Castro Barea, J.<sup>1</sup>, Castro Zamudio, S.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, Distrito Sanitario de Málaga

<sup>2</sup>Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga

scastro@uma.es

El presente estudio examina el *consumo de tabaco* como posible factor asociado a actitudes y comportamientos característicos de la AN y BN.



La muestra está compuesta por un total de 300 alumnos/as de la provincia de Málaga, 136 alumnos y 164 alumnas de entre 12 y 20 años de edad, escolarizados en tres centros educativos entre los niveles de 1º de ESO y 2º de Bachillerato y Ciclo Formativo.

El tipo de diseño corresponde con un *estudio observacional analítico de casos y controles*, donde los casos se corresponden con aquellos participantes que han igualado o superado los puntos de corte propuestos por los autores para cada instrumento de evaluación utilizado.

Los participantes respondieron de manera voluntaria, anónima y bajo el consentimiento de los padres y madres, para el caso de los alumnos menores de edad, a los siguientes cuestionarios y escalas: *Eating Disorder Inventory (EDI-II)*, *Eating Attitudes Test (EAT-26)*, *Bulimia Test Revised (BULIT-R)* y un cuestionario adaptado a nuestro medio sobre comportamientos, actitudes y opiniones hacia el tabaco.

La relación entre las puntuaciones totales obtenidas en el EAT-26, el EDI-II y el BULIT-R, con las variables: *haber probado alguna vez un cigarrillo* y *haber fumado diariamente (al menos un cigarrillo) durante seis o más meses en la vida*, al tratarse estas últimas de variables dicotómicas, se ha analizado mediante la *U de Mann-Whitney* y para la variable *consumo actual de cigarrillos*, al tratarse de una variable politómica, la *H de Kruskal-Wallis*. Según los resultados, la relación es positiva y significativa para todas las variables relacionadas con el consumo de tabaco y las puntuaciones totales obtenidas por la muestra en el BULIT-R ( $p < 0,01$ ).

De otro lado, se realizó una categorización de las variables cuantitativas continuas con el objetivo de agrupar a los participantes en *grupo sintomático* y *grupo asintomático* y estudiar con ello la diferencia entre grupos.

Todos los resultados apuntan en la dirección esperada, es decir, el porcentaje de participantes que dicen *haber probado alguna vez un cigarrillo* y *haber fumado diariamente, al menos un cigarrillo, durante 6 o más meses en la vida*, es mayor dentro del grupo sintomático respecto de aquellos que afirman no haberlo hecho nunca, obteniendo resultados en la dirección opuesta para el grupo asintomático en todos los tests e inventarios. En la misma línea, la variable *consumo diario actual de cigarrillos*, arroja el mayor porcentaje en el grupo sintomático en aquellos participantes que dicen consumir a diario, siendo el menor para aquellos que dicen no hacerlo nunca.



Por último, el Chi-Cuadrado de Pearson y la V de Cramer informan de una diferencia significativa únicamente para las variables *haber fumado diariamente, al menos un cigarrillo, durante 6 o más meses en la vida*, así como para el *consumo actual de cigarrillos* en el EAT-26 y en BULIT-R, no cumpliéndose el grado de significación para ninguna de las variables en el EDI-II.

### ***3. Evaluación de los constructos del Modelo Transteórico del Cambio y de otras variables psicológicas y de salud en las distintas etapas del modelo***

Morales, Z.E., Pascual, L.M., Torrico, E.

Departamento de Psicología clínica, experimental y social, Universidad de Huelva

zmorado@hotmail.com

**Resumen:** El Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente (1982, 1983) surgió como un intento de dar respuesta a los factores comunes que subyacen al cambio intencional. Este modelo defiende distintos niveles de motivación para el cambio y defiende que el cambio ocurre según seis variables: etapas, procesos de cambio, niveles de cambio, balance decisonal, autoeficacia y tentaciones ( Prochaska y Velicer, 1997). Según el MTT, estas variables permitirían la ubicación de cada persona en una posición más o menos cercana al cambio deseado. Por lo general, se acepta la segmentación del cambio conductual en cinco etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Con este trabajo pretendimos examinar la validez interna del MTT a través de los resultados obtenidos en un grupo de fumadores y exfumadores, de la universidad de Huelva, clasificados según las etapas del MTT en los constructos propios del modelo en y otras variables psicológicas y variables relacionadas con la salud. Los resultados obtenidos apoyan de manera general a los hallados por los representantes del modelo y por otros investigadores. Además, se observan diferencias significativas en algunas de las variables psicológicas y relacionadas con la salud. Los resultados apuntan a que no todos los fumadores presentan las mismas características ni pueden ser considerados de manera global.



#### ***4. Evaluación de los sesgos atencionales en fumadores a través de la tarea de detección del punto***

Morales, Z.E., Pascual, L.M., Carmona, J.

Departamento de Psicología clínica, experimental y social, Universidad de Huelva

lpascual@dpspsi.uhu.es

*Resumen:* Distintas teorías refieren en sus bases teóricas la presencia de sesgos atencionales tanto en el inicio como en el mantenimiento de la conducta adictiva. La teoría del interés del incentivo de Robinson y Berridge (1993; 2003) defiende la existencia de conductas de aproximación hacia estímulos relacionados de manera condicionada con la droga a la que se es adicto; la teoría del hábito del incentivo de Di Chiara (2000; 2002) expone que la conducta adictiva es mantenida por el hábito; la teoría de la automaticidad de Tiffany (1990) argumenta la presencia de esquemas automáticos de acción para conseguir la sustancia a la que se es adicto, haciendo hincapié en el procesamiento de estrategias conscientes; la teoría del interés actual (Klinger, 1975; Klinger y Cox, 2004) engloba tres tipos de componentes psicológicos en la conducta adictiva: emocional, cognitivo y motivacional. Sea cual fuere la explicación subyacente, lo que queda claro, según estas teorías, es que los sesgos juegan un importante papel en la conducta adictiva.

Teniendo en cuenta, por un lado, que una de las conductas adictivas que más preocupa tanto a entendidos como a la gente de a pie es el consumo de tabaco debido a sus consecuencias negativas, y, por otro, que entre las tareas que han demostrado su capacidad para detectar los sesgos atencionales se encuentra la tarea de detección del punto. En este trabajo valoramos la existencia de diferencias en la asignación espacial de la atención visual (MacLeod, Mathews y Tata, 1986), en un grupo de estudiantes universitarios compuesto por personas que han fumado o fuman actualmente, con otro grupo de no fumadores. Con ello pretendimos valorar la presencia de sesgos atencionales.



### **5. ¿Qué aportan los diferentes sistemas de clasificación de fumadores? Comparación entre el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente y la clasificación de la Organización Mundial de la Salud**

Morales, Z.E., Pascual, L.M., Carmona, J.

Departamento de Psicología clínica, experimental y social, Universidad de Huelva

lpascual@dpshi.uhu.es

Resumen: En este estudio pretendimos comprobar si sistemas de clasificación que se basan en variables diferentes para realizar su categorización ofrecen información distinta uno con respecto al otro. Para ello valoramos los constructos del Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente (procesos de cambio, balance decisional, tentaciones y autoeficacia), variables psicológicas y de la salud (ansiedad, salud, amplificación somatosensorial, preocupación sobre la salud, hábitos de salud, opiniones y actitudes hacia el tabaquismo) en dos criterios de clasificación de fumadores diferentes, uno basado en variables de consumo (OMS) y otro en variables motivacionales (MTT). Los resultados mostraron que ambos sistemas de clasificación aportan información diferencial.

### **6. Variables organizacionales y su repercusión laboral**

Pollán Rufo, M., Gabari Gambarte, I.

Universidad Pública de Navarra

milagros.pollan@unavarra.es

Entre las causas de alteraciones psicosociales tenemos el estrés y otras variables organizacionales, que actúan como desencadenantes y/o provocadoras de la incapacidad laboral.

Existen personas que por su especial constitución, personalidad, y otras situaciones son más vulnerables a los efectos socioambientales y dinámicos, que configuran su existencia y su adaptabilidad a situaciones nuevas. La respuesta que el organismo da ante la presencia de los diversos estresores, actúa como causa desencadenante o precipitante de una diversificación de respuesta, algunas de las cuales son claramente inadaptadas.



El objetivo fundamental de nuestro trabajo se concreta en el análisis de las características psicológicas padecidas por los trabajadores, y su relación con el puesto de trabajo desempeñado.

Análisis de las alteraciones más comunes detectadas y su relación con otras variables:

- Días de la semana
- Meses del año en los que se producen preferentemente
- La duración media de las mismas
- Características de las empresas
- Diagnósticos

Repercusiones de las Incapacidades en la persona que las padece, y de cómo estas alteran o dificultan su incorporación al trabajo.

#### **Causas y consecuencias de la incapacidad**

- Desencadenante o causa de la enfermedad: pérdida de autoestima, escaso reconocimiento de la tarea, contratos precarios.
- El exceso de trabajo, la dificultad de la tarea, las relaciones en el trabajo y la pérdida del puesto de trabajo.
- Las consecuencias derivadas de la situación de baja laboral incluyen: Pérdida de habilidades en la toma de decisiones, bloqueos intelectuales, posibilidades de promoción ausentes, falta de confianza, de estabilidad, y reducción en las relaciones personales y profesionales.

### ***7. Impacto de los trastornos del estado de ánimo en la calidad de vida***

Peris-Mencheta, L., Díaz Sibaja, M. A., Trujillo A., Machado, A.  
SAS Hospital Punta de Europa  
leticiapch@hotmail.com

El padecer una enfermedad mental, así como la gravedad de la misma, influye en la percepción que tienen las personas de su calidad de vida (Schechter cols., 2007). Concretamente, los trastornos depresivos afectan a muchas áreas psicosociales y funcionales, dando lugar a una alteración en la calidad de vida (Hadj Ammar y cols., 2008). De hecho, algunos estudios



ponen de manifiesto que son los síntomas depresivos y el deterioro funcional y no la cronicidad de la enfermedad, el uso de fármacos, o el subtipo de trastorno afectivo lo que contribuye a un detrimento de la satisfacción vital (Goldberg JF y Harrow M., 2005).

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio fue correlacionar el impacto de un trastorno depresivo sobre la calidad de vida de los pacientes.

**Método:** La muestra estuvo constituida por un total de 44 pacientes que acudían al ESMD de Algeciras que fueron diagnosticados de un trastorno del estado de ánimo (Trastorno depresivo mayor o Distimia). Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer (Q-LES-Q).

**Resultados:** Los resultados mostraron que, a mayor depresión, menor satisfacción con la calidad de vida general ( $p < 0,0001$ ), pero también con las áreas de salud física ( $p < 0,0001$ ), estado de ánimo ( $p < 0,0001$ ), actividades del hogar ( $p < 0,022$ ), actividades de tiempo libre ( $p < 0,008$ ), y relaciones sociales ( $p < 0,006$ ).

**Conclusiones:** Nuestros resultados confirman que un estado de ánimo deprimido se asocia a una menor satisfacción vital en general y una menor calidad de vida en diversas áreas de funcionamiento psicosocial.

### ***8. El estrés laboral y síndrome de Burnot en el personal de Universidad: Validación de un modelo estructural sobre el efecto mediador de la competencia personal percibida***

Avargues Navarro, M. L.<sup>1</sup>, Borda Mas, M.<sup>1</sup>, López Jiménez, A. M<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

<sup>2</sup>Departamento de Psicología Experimental, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

mborda@us.es

En los últimos años se ha empezado a mostrar mayor interés por el estudio del estrés laboral y el síndrome de burnout en el sector universitario, debido a los cambios a los que está siendo sometida la educación superior como consecuencia de la creación de los Espacios Europeos de Educación Superior e Investigación. No obstante, la mayoría de las investigaciones desarrolladas se han centrado en determinar la magnitud del problema y cuáles son los



factores que desencadenan dichos síndromes, siendo pocas las que abordan el estudio de la influencia de variables de carácter personal que podrían estar facilitando o inhibiendo la experiencia de estrés y síndrome de burnout en este colectivo. Ahora bien, la situación de cambio a la que está sometido el sistema universitario es difícilmente modificable y afecta no sólo a la figura del docente sino a la de todo el personal que trabaja en el mismo, teniendo que hacer frente a un incremento de las demandas laborales y al desarrollo de nuevas competencias que les permitan adaptarse a un nuevo rol profesional.

En esta investigación se ha puesto a prueba en una muestra de 192 docentes (PDI) y 122 profesionales del sector administración y servicios (PAS), pertenecientes a la Universidad de Sevilla, un modelo de ecuaciones estructurales sobre el papel mediador de la competencia personal percibida en la aparición del síndrome de burnout y de sus consecuencias, dentro del proceso de estrés laboral. Para ello, se ha utilizado la estrategia de desarrollo de modelo y el programa LISREL. Los modelos estimados, para cada uno de los colectivos estudiados, se ajustaron de forma bastante satisfactoria al modelo teórico de partida, constatándose el efecto mediador de la competencia percibida, la cual actuó amortiguando el impacto negativo del estrés producidos por las condiciones de trabajo estudiadas, sobre las dimensiones despersonalización y realización personal, así como en la aparición de sintomatología de estrés. No ocurrió lo mismo con la dimensión cansancio emocional, que en los modelos estimados actuó como variable mediadora, aunque facilitando el impacto negativo de los factores estresantes. Por último, señalar que en el modelo estimado para el PDI cobraron más fuerza los componentes cognitivo-aptitudinales y, en el del PAS, los de carácter emocional.



### **9. Estudio descriptivo de la Inteligencia Emocional, el Burnout, el Engagement y la satisfacción con la relación con los iguales en una muestra de estudiantes universitarios**

Villalba Ruiz, E. B., Garrido Muñoz de Arenillas, M. R., Fernández Borrero, M. A., Pérez Moreno, P. J.

Universidad de Huelva

estrellabelen.villalba@alu.uhu.es

En un estudio sobre la salud de los estudiantes de la universidad de Huelva, se ha recogido información sobre la inteligencia emocional, la satisfacción con la relación con sus iguales, y los niveles de Burnout y Engagement de una muestra de 763 estudiantes, seleccionada mediante muestreo aleatorio estratificado polietápico por conglomerados.

La recogida de datos se realizó durante el mes de abril del año 2008, mediante cuestionario individual administrado durante una hora de clase. Las escalas empleadas para medir las variables utilizadas en este informe fueron adaptaciones al español de la *Wong and Law EI Scale (WLEIS)* para la inteligencia emocional, de la *Escala de Engagement de Schaufeli y col.* y del *Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI-SS)*, además de la *Escala de Satisfacción con las Relaciones con los Iguales en el Ámbito Universitario (ESRIAU)* creada ad hoc. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS 14.0.

Los resultados han revelado que las titulaciones con mayor nivel de Burnout son CC. Empresariales y CC. Ambientales, y las que tienen menores niveles son Filología Hispánica y Humanidades. En Engagement, los valores más altos se encuentran en Filología Hispánica y Geología, y los menores en CC. Ambientales y CC. Empresariales. Se obtiene que niveles elevados de Burnout se corresponden con niveles bajos de Engagement, tal y como se encuentra en otras investigaciones (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiro y Grau, 2000). Por otra parte, los mayores niveles de IE se encuentran en Enfermería y en Filología Inglesa, y los más bajos en Relaciones Laborales y Química. Por último, en la ESRIAU se obtienen los valores mayores en Filología Hispánica y Geología, y los menores en Historia y en Magisterio de Educación Especial. En relación al turno (mañana y tarde) no se encuentran diferencias significativas en ninguna variable.

Se puede concluir que, en general, los niveles de estas variables en los alumnos de la Universidad de Huelva son favorables, ya que la IE, el Engagement



y la Satisfacción con las relaciones con los iguales presentan valores medios-altos, y el burnout valores medios-bajos.

#### REFERENCIA

Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiro, J. M., y Grau, R. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”: ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16 (2), 117-134.

### **10. El género y la Inteligencia Emocional, el Burnout y el Engagement en una muestra de estudiantes universitarios**

Fernández Borrero, M. A., Villalba Ruiz, E. B., Garrido Muñoz de Arenillas, M. R., Pérez Moreno, P. J.

Universidad de Huelva

manuelaangela.fernandez@alu.uhu.es

Se realizó un estudio entre el alumnado de la Universidad de Huelva con el objetivo de conocer diversos aspectos sobre su salud. Entre otros, se planteó como objetivo comprobar si existen diferencias significativas en función del sexo de los participantes en su Inteligencia Emocional, Burnout y Engagement.

Existen estudios realizados que apoyan esta idea. En Inteligencia Emocional (IE) se sostiene que las mujeres presentan mayores niveles que los varones (Ciarrochi, Chan y Bajgar, 2001; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004). Por su parte, la investigación del burnout en relación a la variable sexo, y a la vista de los resultados mostrados por múltiples estudios (Weyman, 1996; Manzano, 2000; Reeve, 1998 cit. en Manzano, 2002), los varones presentan, por término medio, mayores niveles que las mujeres. Sin embargo, otros autores afirman que no se han manifestado diferencias significativas en el Burnout (De las Cuevas, González de Rivera, De la Fuente, Alviani y Ruiz-Benítez, 1997; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001; Manzano, 2002) ni en el Engagement (Manzano, 2002).

Para el estudio se seleccionó una muestra de 763 estudiantes de la Universidad de Huelva a través de un muestreo aleatorio estratificado polietápico por conglomerados. La recogida de datos se realizó mediante cuestionario individual administrado en una hora de clase. Los test empleados fueron las adaptaciones al español de la *Wong and Law EI Scale (WLEIS)*, de la *Escala de Engagement de Schaufeli y col* y del *Maslach Burnout Inventory, Student Sur-*



vey (MBI-SS). El análisis de datos se llevó a cabo con el programa SPSS 14.0.

Gracias a pruebas de comparación de medias para muestras independientes se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables, resultando las medias superiores cuando el sexo de los participantes es mujer en Inteligencia Emocional y Engagement y menores en el caso del Burnout.

## REFERENCIAS

Ciarrochi, J., Chan, A. y Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31 (7), 1105-1119.

De las Cuevas, C., González de Rivera, J. L., De la Fuente, J. a., Alviani, M. y Ruiz-Benítez, A. (1997). Burnout y reactividad al estrés. *Revista de medicina de la Universidad de Navarra*, 41, 10-18.

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004a). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6 (2). Extraído el 8 de Febrero desde <http://redie.uabc.mx/contenido/vol6no2/contenidoextremera.pdf>

Manzano, G. (2002). Burnout y engagement en un colectivo preprofesional estudiantes universitarios. *Boletín de Psicología*, 74, 79-102.

Olmedo, M., Santed, M. A., Jiménez, R., y Gómez, M.D. (2001). El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis*, 22 (3), 117-129.

## **11. Relación entre la Satisfacción con la Vida y la Inteligencia Emocional en estudiantes universitarios**

Garrido Muñoz de Arenillas, M. R., Villalba Ruiz, E. B., Fernández Borrero, M. A., Pérez Moreno, P. J.

Universidad de Huelva

marocio.garrido@alu.uhu.es

En un estudio sobre salud del alumnado desarrollado en la Universidad de Huelva, se han explorado variables como la Satisfacción con la Vida (SV) y la Inteligencia Emocional (IE).

La SV se define como una evaluación global que la persona hace sobre su vida (Veenhoven, 1994) y la IE como la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, acceder y/o generar sentimientos que faciliten el



pensamiento, comprender emociones y razonar emocionalmente, y regular emociones propias y ajenas (Mayer y Salovey, 1997).

Se pretendía contrastar la hipótesis de que la SV y la IE están relacionadas de forma positiva y estadísticamente significativa.

Para el estudio se seleccionó una muestra de 763 estudiantes de la Universidad de Huelva mediante un muestreo aleatorio estratificado polietápico por conglomerados. La recogida de datos se llevó a cabo mediante cuestionario individual administrado en una hora de clase. Las escalas empleadas fueron las adaptaciones al español de la *Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)* de Diener, Emmons, Larsen y Griffin, traducida por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000) y la *Wong and Law EI Scale (WLEIS)*, traducida por Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiro y Grau (2000). Todas ellas muestran propiedades psicométricas adecuadas en esta muestra. El análisis de datos se llevó a cabo con los programas SPSS 14.0 y EQS 6.0.

Los análisis muestran una relación entre la SV y la IE positiva y estadísticamente significativa ( $p < .01$ ), con una correlación de .44 ( $p < .01$ ).

Concluimos, por tanto, que podemos mantener nuestra hipótesis de que entre la SV y la IE hay una relación positiva y estadísticamente significativa en el alumnado de la Universidad de Huelva.

## REFERENCIAS

- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997): What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (p. 3-31) New York: Basic Books.
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiro, J. M., y Grau, R. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”: ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16 (2), 117-134
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.



### **11. Validez factorial de un cuestionario de expectativas laborales (CEL) en una muestra mexicana de profesionales de la salud**

Villa George, F. I.<sup>1</sup>, Moreno Jiménez, B.<sup>1</sup>, Villalpando Uribe, J.<sup>2</sup>, Villamil Delgado, S.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Madrid

<sup>2</sup>Servicios de Salud Pública del Estado de Puebla-México (México)

villageorge@hotmail.com

**Objetivo:** Analizar la validez factorial de un cuestionario de expectativas laborales.

**Método** Participaron 396 profesionales de la salud de la ciudad de Puebla-México. Se realizó un análisis factorial exploratorio mediante componentes principales, rotación oblimin y un análisis de fiabilidad, alfa de cronbach para corroborar la consistencia interna.

**Resultados:** A partir de 48 ítems se extrajeron 4 factores que explican el 54.65% de la varianza total. El valor global  $\alpha$  cronbach fue .887. A estos factores se les denominó: Desarrollo profesional ( $\alpha$  .813), Relación con los usuarios ( $\alpha$  .813), Compensación ( $\alpha$  .709).

**Conclusiones:** El estudio mostró que el CEL parece ser una medida factorialmente válida y fiable para evaluar expectativas laborales.

### **12. Intervención conductual en paciente diagnosticado de narcolepsia**

Oviedo de Lucas, O.<sup>1</sup>, Álvarez Arroyo, S.<sup>2</sup>, Martín Recuero, L.<sup>1</sup>, Manzano Alonso, J.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Equipo de Salud Mental de Navalmoral de la Mata (Cáceres)

<sup>2</sup>Equipo de Salud Mental de Llerena (Badajoz)

olgaovied@yahoo.es

La narcolepsia es un trastorno neurológico crónico de etiología desconocida, causado por la incapacidad cerebral de regular normalmente los ciclos de sueño y despertar.

Su principal característica es un profundo grado de somnolencia excesiva diurna que se produce habitualmente en asociación a cataplejía y otros síntomas y signos, incluyendo las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas,



la parálisis del sueño, la conducta automática y el sueño nocturno alterado. Aunque ningún síntoma o signo de la narcolepsia es específico.

Los síntomas comienzan en muchas ocasiones durante la adolescencia o al principio de la madurez. Sin embargo, también puede darse tempranamente durante la infancia o no presentarse hasta la tercera o cuarta etapa de la vida. Lamentablemente, la duración media desde la aparición del síntoma hasta que se emite un diagnóstico preciso es superior a 10 años.

El impacto de la narcolepsia en la calidad de vida es similar a la de otros trastornos neurológicos crónicos, como la enfermedad de Parkinson.

La narcolepsia no puede curarse, pero la somnolencia diurna excesiva y la cataplejía (síntomas más incapacitantes), pueden controlarse en la mayoría de los pacientes con tratamiento medicamentoso, si bien ninguno de los medicamentos disponibles actualmente permite mantener uniformemente un estado de alerta completa normal. Por ello, la terapia medicamentosa debe ser complementada con varias estrategias conductuales de acuerdo con las necesidades del paciente individual.

Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente varón de 30 años de edad diagnosticado de narcolepsia que acude a nuestro Equipo de Salud Mental por presentar alteraciones en el estado de ánimo. Asimismo, pretendemos exponer una intervención centrada en medidas conductuales y cambios en el estilo de vida con el fin de mejorar el hábito de sueño así como intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas al aprendizaje de habilidades de afrontamiento con el objetivo de manejar estados emocionales (ansiedad, depresión) que pudieran influenciar de manera negativa en su enfermedad.



#### **14. Valoración de la salud (SF-36) en pacientes candidatas a terapias implantables: diferencias en función de las actitudes sobre la salud**

Merayo Alonso, L.A., López-Millán Infantes, J. M

Unidad Integral de Estudio y Tratamiento del Dolor, Departamento de Anestesiología-Reanimación y Terapia del Dolor, Área Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla

luismerayo@hotmail.es

**Introducción y objetivos:** Investigación transversal exploratoria con el objetivo de evaluar el impacto del dolor crónico en el estatus funcional del paciente medido a través del Cuestionario de Salud SF-36, además de evaluar las diferencias en función del nivel de las actitudes sobre la salud del paciente y valoración psicológica en los individuos candidatos a terapias implantables.

**Metodología:** La muestra del estudio está compuesta por 41 pacientes que acuden a la Unidad Multidisciplinar del Dolor en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Se recogieron los datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel cultural, estado civil), valoración de aptitud psicológica a las terapias de neuromodulación (apto o no apto), Cuestionario de Salud SF-36 y el Cuestionario de Actitudes sobre la Salud (HAS). Las medidas estadísticas se han obtenido por medio del programa de análisis de datos Dyane 3 para Windows, realizándose estadísticos de tendencia central y análisis cluster.

**Resultados:** En función de las actitudes de salud, los pacientes clasificados como altos en somatización han obtenido puntuaciones significativamente menores en las escalas Función Física ( $M=33,59$ ), Rol físico ( $M=18,75$ ), Dolor Corporal ( $M=25,54$ ), Salud Mental ( $M=42,18$ ), Función Social ( $M=48$ ), Rol Emocional ( $M=29,16$ ), Vitalidad ( $M=33,12$ ), Salud General ( $M=37,96$ ), cambios salud en el tiempo ( $M=38,28$ ) del cuestionario SF-36. Esta percepción de salud es peor en las mujeres que en los hombres. Por lo que respecta a las actitudes sobre la salud en relación a la aptitud psicológica a las terapias de neuromodulación solo hemos encontrado diferencias significativas en el factor estrés psicológico ( $p = 0,0067$ ) y disonante comunicación del estrés ( $p = 0,0131$ ) y una tendencia a la significación en la puntuación global ( $p = 0,0526$ ), en los pacientes no considerados aptos en la valoración psicológica.



Conclusiones: A partir de los resultados obtenidos observamos que los pacientes con dolor crónico refractario incluidos en el algoritmo de selección para las terapias implantables puntúan en general alto en somatización y no se encuentran diferencias significativas en las dimensiones del HAS: insatisfacción con la atención médica, frustración por la mala salud, alta utilización de servicios médicos en los pacientes considerados no aptos en la valoración psicológica. En relación al cuestionario de salud SF-36, los resultados muestran que los pacientes altos en somatización perciben que su dolor crónico limita en mayor grado sus actividades físicas diarias, perciben en mayor medida que el dolor interfiere en su trabajo habitual, valorando que poseen un peor estado de salud general y mental. Asimismo, interpretan una mayor interferencia de sus problemas físicos o emocionales derivados de su falta de salud en su vida social habitual, trabajo y actividades diarias.

Los resultados obtenidos sugieren que la calidad de vida está relacionada moderadamente con la valoración que realiza el individuo sobre su salud de salud (SF-36).

El estrés psicológico y la disonante comunicación del estrés se muestran como criterios que han de tenerse en cuenta en la valoración psicológica de los pacientes a las terapias implantables. Esta valoración promueve la toma de decisiones multidisciplinaria e incrementa la satisfacción del paciente con los cuidados médicos que ha recibido.

### ***15. ¿En qué piensa el paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos?***

Ballester, R.<sup>1</sup>, Abizanda, R.<sup>2</sup>, Gil, B.<sup>1</sup>, Edo, M.T.<sup>1</sup>, Bernat, A.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castelló

<sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Castelló  
rballest@psb.uji.es

El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos constituye, sin duda alguna, un hecho estresante y disruptivo en la vida de cualquier persona, no sólo por lo que supone la gravedad de la situación médica y los temores razonables al sufrimiento y a la muerte, sino también porque supone una ruptura con la vida cotidiana (trabajo, familia, ocio...) y exige la adaptación a una nueva situación que debe ser afrontada por pacientes y familiares, una situación



que genera preocupaciones múltiples que afectan a ámbitos muy diversos. El objetivo de nuestro trabajo es analizar cuál es la valoración subjetiva que los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos hacen de su bienestar psicológico y del impacto del ingreso. Para este propósito se ha contado con la participación de 36 pacientes ingresados en la UCI del Hospital General de Castellón, de los cuales el 72,2% eran hombres y el 27,8% mujeres. La edad media fue de 54 años (DT= 18,71). A todos los sujetos se les administró el Cuestionario de Bienestar Psicológico (CUBIS) (Fernández, Martínez, Ramos, Yvars, Bernat, Ballester y Abizanda, 2005), que incluye un total de 22 ítems a los que se responde siguiendo una escala tipo Likert de 3 puntos, donde 0 es “nada” y 3 es “mucho”, siendo su fiabilidad evaluada a través de la consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,716. Por orden de importancia, los resultados muestran que los pacientes ingresados en la UCI valoran que tienen mucha “Capacidad para darse cuenta de las cosas realmente importantes” (69,4%), “Sensación de que la vida es frágil” (51,4%), “Capacidad para disfrutar de las cosas importantes” (44,4%) y “Dependencia de los demás” (33,3%). En menor grado, pero no por ello menos importante, refieren tener mucha “Preocupación por los seres queridos” (30,6%) y “Dificultad para dormir” (27,8%). Por el contrario, los aspectos que parecen preocupar o afectar menos a los enfermos y que, por lo tanto, presentan una menor prevalencia son la “Dificultad para pensar” (el 86,1% manifiesta no afectarle en nada este aspecto), “Miedo al rechazo” (no afecta en nada al 83,3%), “Sentirse distinto de los demás” (no le ocurre en absoluto al 80,6%), “Preocupaciones económicas” (no las presentan el 77,8%) y “Dificultad para comunicarse con los demás” (tampoco afecta en absoluto al 75%).

Los resultados de este trabajo nos permiten conocer con cierta profundidad qué es lo que piensan y qué preocupa a los pacientes ingresados en UCI. Algunos aspectos informados pueden ser desde el punto de vista existencial enormemente positivos como el darse cuenta de la fragilidad de la vida y la toma de perspectiva sobre lo que realmente es relevante en ella. Otros, sin embargo, pueden ser responsables del malestar emocional y el alto grado de sufrimiento psicológico que se observa en estos pacientes, como la dependencia de los demás y la preocupación por sus seres queridos. Consideramos que todas estas cuestiones deben ser observadas e integradas en las intervenciones psicológicas que se realicen en el ámbito de las UCIs.



## **16. Variables de personalidad relacionadas con la conducta de comer emocional en mujeres obesas**

Perpiñá, C.<sup>1 2</sup>, Roca, P.<sup>1</sup>, Roncero, M<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Valencia

<sup>2</sup>CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto Salud Carlos III

perpinya@uv.es

Se ha prestando especial atención al hecho de que los estados emocionales intensos pueden representar una barrera para las personas obesas que siguen un programa de pérdida de peso. Objetivo: El objetivo del presente estudio fue analizar la relación existente entre los estados emocionales y variables de personalidad en una muestra de obesas mórbidas que iban a participar en un programa de reducción de peso. Se contó con la participación de 73 mujeres obesas (Índice de Masa Corporal medio de 35,87; DT: 3,70), de las cuales 46 no presentaron psicopatología alimentaria alguna, 16 tenían un diagnóstico de trastorno por atracón según criterios DSM-IV, y 11 no cumplieron todos los criterios para este diagnóstico formando, pues, un grupo subclínico. Se administraron la Escala de comer Emocional (EES: Emotional Eating Scale; Arnow, Kenardy, & Agras, 1995) con el fin de evaluar la presencia de estados emocionales negativos que conducen a episodios de ingesta, la Escala de Apetito Situacional (SAM: Situational Appetite Measure; Stanton, Garcia, & Green, 1990), como medida tanto del impulso a comer al experimentar diferentes situaciones, como de la eficacia de controlar dicho impulso y El NEO-PI-R (Costa and McGrae, 1992) para evaluar personalidad. Resultados: La impulsividad correlacionó con todas las escalas de comer emocional (rango de  $r = 0,43$  hasta  $r = 0,49$ ). La urgencia de comer cuando se sentían relajadas, en presencia de comida, y cuando experimentaban sentimientos negativos, mostró relación con la búsqueda de sensaciones (rango  $r = 0,31$  hasta  $r = 0,36$ ). Los sentimientos negativos mostraron una mayor relación con el comer emocional en aquellas mujeres con mayor puntuación en impulsividad, búsqueda de sensaciones y extraversión. Las expectativas de tener control ante el impulso de comer emocional mostraron relación con algunas variables de personalidad como la competencia y la autodisciplina. Discusión: Los resultados apoyan la existencia de una relación entre la conducta de comer influida por los estados emocionales y ciertas variables de personalidad, en especial el neuroticismo y la extraversión.



Agradecimientos. Trabajo en parte subvencionado por el Proyecto PI051937 (Fondo de Investigación Sanitaria -FIS- Ministerio de Sanidad y Consumo). CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición es una iniciativa de ISCIII

### **17. Conducta de enfermedad y conciencia corporal en pacientes con fibromialgia: un estudio preliminar**

Ruiz, E., Ballester, R.

Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología (Universitat Jaume I, Castelló)

rballest@psb.uji.es

Mientras que la fibromialgia constituye una de las afecciones de dolor crónico con mayor prevalencia en el mundo occidental, todavía existen serias dudas en torno a su origen y a las causas de esta dolencia. El propio cuadro clínico que supone la fibromialgia hace que en demasiadas ocasiones, los profesionales se encuentren con dificultades para el diagnóstico de la enfermedad, los diagnósticos suelen ser tardíos y todo esto dificulta especialmente la asunción por parte del paciente de su rol de enfermo, y más aún la legitimación que hace el propio entorno de su situación médica.

La obra de I. Pilowsky supone la focalización en el ámbito de las manifestaciones psicopatológicas, originariamente de los pacientes con dolor crónico, lo cual le llevó a desarrollar el concepto de Conducta Anormal de Enfermedad, a la que definió como *“la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir, evaluar y actuar en relación al estado de salud de una persona”* (Pilowsky, 1993). Para este autor, presentar conductas desadaptativas ante la enfermedad supondrá una interferencia negativa en la vida diaria de las personas con dolor crónico. Según Miller, Murphy y Buss (1981), en esas conductas desadaptativas podríamos incluir una excesiva atención dirigida específicamente a los aspectos internos o de funcionamiento del propio cuerpo que llevaría a un incremento del malestar subjetivo del paciente.

Con el fin de obtener una mayor comprensión de la conducta de enfermedad y la conciencia corporal de los pacientes con fibromialgia, nuestro estudio piloto compara las respuestas de un grupo de pacientes con fibromialgia (N=12) y un grupo control (GC) (N=12), siendo todos ellos mujeres, con una media de edad de 43 años, pertenecientes a una Asociación, bien en calidad



de afectadas o de colaboradoras. Los instrumentos de evaluación utilizados son: la adaptación española realizada por Ballester (1992) del Cuestionario de Conducta de Enfermedad (IBQ) de Pillowsky y Spencer (1983) y la Escala de Conciencia Corporal Privada y Pública (BCS) de Miller, Murphy y Buss (1981). Los resultados muestran mayores puntuaciones en todos los factores del IBQ en pacientes con fibromialgia con respecto al grupo control. Sin embargo, encontramos diferencias estadísticamente significativas, realizando una Prueba T, en: percepción psicológica vs. Somática ( $t=3.283$ ,  $p\leq 0.003$ ), perturbación afectiva ( $t=2.926$ ,  $p\leq 0.008$ ), negación ( $t=3.183$ ,  $p\leq 0.004$ ) e Índice Whiteley de Hipocondría ( $t=3.175$ ,  $p\leq 0.004$ ). Por otro lado, el grupo experimental también presenta puntuaciones más elevadas tanto en competencia corporal (Media=5,83, DT=1,99 frente a Media=5,25, DT=1,71 del GC), como en conciencia corporal pública (media=11,83, DT=1,64 frente a media=11,08, DT=4,38 del GC) y privada (media=9,58, DT=2,19 frente a media=8,67, DT=3,60 del GC), siendo esta última donde se muestran mayores diferencias entre grupos (no significativas estadísticamente en ninguno de los tres factores). Estos resultados indican que las personas afectadas de fibromialgia tienen cierta predisposición a la somatización y a la búsqueda de tratamiento médico como recurso. Por otra parte, también presentan una tendencia hacia la depresión y la ansiedad como consecuencia de la enfermedad, cierta preocupación y miedo a ésta y un nivel mayor de atención a sus sensaciones corporales.

### ***18. Percepción subjetiva de la calidad asistencial en una Unidad de Cuidados Intensivos. Análisis diferencial desde una doble perspectiva: pacientes y familiares***

Ballester, R.<sup>1</sup>, Gil, B.<sup>1</sup>, Abizanda, R.<sup>2</sup>, Edo, M.T.<sup>1</sup>, Bernat, A.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castelló

<sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Castelló  
rballest@psb.uji.es

El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) lleva asociado además del estrés de ingresar en cualquier hospital, el hecho de que estamos hablando de una unidad específica con ciertas características que la diferencian de estar en otra planta del hospital, como la alta tecnología que se utiliza para la vigilancia y cuidado de los pacientes, la limitación



de la autonomía de los enfermos y la gravedad médica de los pacientes, con las connotaciones que este hecho conlleva, percibiéndose dicha experiencia global por parte de pacientes y familiares como amenazante. Nuestro objetivo fue analizar cómo valoran la estancia en UCI tanto los pacientes ingresados como sus familiares, con la finalidad de detectar aquellos aspectos susceptibles de mejora y que ayudarían a que el paso por la UCI fuera menos aversivo y traumático. Al mismo tiempo, pretendimos analizar si hay diferencias entre las valoraciones de pacientes y familiares. Para ello se contó con la participación de 36 pacientes y 30 familiares de pacientes ingresados en la UCI del Hospital General de Castellón. El instrumento utilizado ha sido el Cuestionario de Valoración de la Estancia en UCI (Ballester, Edo, Ibáñez y Gil, 2005), que incluye 16 ítems y cuya fiabilidad evaluada a través de la consistencia interna (alfa de Cronbach) es de 0,853. Todos los ítems se responden siguiendo una escala Likert de 5 puntos, donde 0 es “muy desagradable” y 5 es “muy agradable”. Los resultados obtenidos muestran que los aspectos valorados como más desagradables para ambos grupos han sido la falta de silencio en la sala, las escasas posibilidades de distraerse y el régimen de visitas de los allegados; no obstante, los análisis estadísticos realizados reflejan diferencias significativas en la valoración entre pacientes y familiares, especialmente en cuanto a las posibilidades de distraerse y el régimen de visitas, siendo estos aspectos valorados más positivamente por los familiares que por los enfermos. Otros aspectos, sin embargo, han sido valorados positivamente como el cuidado y el trato por parte del personal sanitario, así como la atención que han recibido los familiares de los pacientes ingresados. Además, uno de los aspectos valorados de forma más positiva por ambos agentes ha sido la posibilidad de recibir atención a sus necesidades psicológicas durante el periodo en que este hecho ha sido posible, gracias a la concesión de una subvención para la realización de este proyecto de investigación.

Estos resultados pueden arrojar luz de cara a diseñar programas de intervención para mejorar la calidad asistencial tanto hacia los pacientes ingresados en la UCI como hacia sus familiares, atendiendo de manera diferencial las necesidades de ambos agentes y disminuyendo de este modo el impacto psicológico del ingreso. En muchas ocasiones, ligeras modificaciones de aspectos que no dependen tanto de la situación médi-



ca del enfermo como del entorno de la Unidad de Cuidados Intensivos y su modo de funcionamiento, pueden tener un impacto muy positivo sobre la calidad de vida durante la estancia en UCI.

### **19. Transexualidad y Psicopatología**

Rodríguez Molina, J.M., Asenjo N., Becerra, A., Lucio, M. J.  
Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología.  
jm.rodriguez@uam.es

La transexualidad, es un trastorno de identidad de género, por el cual una persona de un sexo cromosómico se siente pertenecer al contrario. Las definiciones del DSM-IV y del CIE-10 mencionan además un rechazo al propio cuerpo, que el trastorno sea persistente y que cause notable malestar psicológico.

La orientación sexual (heterosexual, homosexual o bisexual) es completamente independiente de la transexualidad.

La intervención psicológica marcando como objetivo que el sujeto deje de desear pertenecer a un sexo diferente del suyo cromosómico, ha sido un completo fracaso. Hoy en día este trastorno se trata mediante terapia hormonal, cirugía de reasignación de sexo (en ciertas ocasiones) y apoyo psicológico, previo y posterior a la cirugía.

El abordaje realizado desde la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal, se basa en que el tratamiento no debe limitarse al de tipo médico (tratamiento hormonal y cirugía de reasignación de sexo) sino que es fundamental el trabajo psicológico tanto en evaluación como en intervención ya sea en la denominada prueba de vida real como tras la cirugía (en su caso).

Un aspecto a considerar en la evaluación es la posible existencia de rasgos psicopatológicos en esta población. Para comprobar esta hipótesis hemos utilizado el MCMI-III de Millon.

Los resultados provisionales indican que no existe un perfil psicopatológico y que en general no existen dichas diferencias con la población general excepto en la escala de Ansiedad.



## **20. Relación entre consumo de drogas y funcionamiento sexual**

Pablo Vallejo-Medina, Miguel García-Pérez, Juan Carlos Sierra

Universidad de Granada

*pvallejo@ugr.es*

En este estudio se evalúan qué drogas se consumen en un contexto sexual y cuáles son las repercusiones finales de este consumo. Así se ha analizado la prevalencia de sujetos que: *han sido incapaces de mantener una relación sexual, han empleado las drogas con el fin de obtener una relación sexual, consumen drogas para aumentar el disfrute o las consumen para ser capaces de mantener una relación sexual*. La muestra se compone de 120 sujetos (104 varones y 16 mujeres drogodependientes). Los resultados muestran que la cocaína y el alcohol son las drogas más vinculadas a la práctica sexual; asimismo existe una alta relación entre consumo de drogas y la consecuente afectación de la función sexual (el 72% de los varones y el 62% de la mujeres han sido incapaces de mantener una relación sexual debido al efecto agudo de las drogas). Se observa también un efecto paradójico en algunos sujetos que consumen para mejorar la práctica sexual, logrando como resultado final la incapacidad para mantener una relación sexual.

## **21. ¿Quiénes cambian más ante nuestras intervenciones preventivas en VIH-Sida, los hombres o las mujeres?**

Giménez, C.<sup>1</sup>, Ballester, R.<sup>1</sup>, Gil, M.D.<sup>2</sup>, Ruiz, E.<sup>1</sup>, Cassà, C.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I (Castellón)

<sup>2</sup>Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia

*rballest@psb.uji.es*

En la actualidad, la población joven constituye uno de los grupos más afectados por la epidemia del VIH-Sida, principalmente, por la realización de conductas sexuales de riesgo. Las estrategias de prevención de VIH-Sida han mostrado su eficacia en los últimos años, sobre todo, en la medida que han tenido en cuenta el perfil de la población participante en variables como la orientación sexual o el género. El objetivo de este trabajo, integrado en un proyecto de la Fundación para la Prevención del Sida en España, es analizar la influencia que la variable género ha podido tener en la respuesta muestra-



da por la población participante en estrategias de prevención de VIH-Sida, en cuanto al conocimiento, la autoeficacia y la confianza en el preservativo. Dichas variables, han mostrado contribuir de forma notable al fomento de las conductas preventivas en población juvenil.

La muestra estuvo conformada por 170 estudiantes de la Universitat de València y la Universitat Jaume I de Castelló, de edades comprendidas entre los 18 y los 28 años. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Prevención del SIDA (Ballester, Gil, Guirado y Bravo, 2004) con el que se midieron las principales variables de cambio, en un diseño de investigación con cuatro momentos de evaluación: pretest, posttest, 1<sup>er</sup> seguimiento (1 mes) y 2<sup>o</sup> seguimiento (4 meses). Para el análisis, realizado con el programa SPSS-15, se han calculado pruebas paramétricas (MANOVAs, ANOVAs y Pruebas t).

Los resultados muestran, a nivel general, que hombres y mujeres presentan un perfil de riesgo diferente antes de las intervenciones, aún sin alcanzar estas diferencias significación estadística. En las tres variables analizadas se observa un efecto momento con significación estadística, es decir, hay diferencias relevantes entre las puntuaciones obtenidas en los distintos momentos de evaluación. Las mujeres muestran un cambio estadísticamente significativo tras la intervención preventiva en cuanto al grado de información ( $F=7,72$   $p=0,008$ ) y la confianza en el preservativo ( $F=8,22$   $p=0,006$ ), mientras que en la autoeficacia el cambio sólo es significativo desde un punto de vista clínico. Los hombres, por su parte, mejoran ligeramente en las tres variables sin que el cambio alcance la significación estadística. Por tanto, parece ser que la variable género influye en la respuesta que las personas muestran ante las intervenciones de prevención de VIH-Sida y, por lo tanto, que es un aspecto a tener en cuenta en los programas dirigidos a tal efecto.

## **22. Fiabilidad y validez del Test del Deseo Sexual Inhibido**

Vallejo-Medina, P.<sup>1</sup>, Sierra, J.C.<sup>1</sup>, Marín Bueno, A.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidad de Granada

<sup>2</sup>Asociación Española de Psicología Conductual

pvallejo@ugr.es

Se exploran algunas propiedades psicométricas del Test del Deseo Sexual Inhibido de Masters et al. (1994) en una muestra de 147 sujetos (72 muje-



res y 74 hombres) seleccionados mediante procedimiento incidental de la población general. Sus edades se situaban entre 18 y 50 años, y todos ellos mantenían relaciones heterosexuales. Los resultados muestran una estructura unidimensional de la escala con una adecuada fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,73). Sus puntuaciones correlacionaron en sentido negativo ( $r = -0,21$ ;  $p < 0,01$ ) con las del Inventario de Deseo Sexual de Spector et al. (1996).

### ***23. El cuestionario de búsqueda de sensaciones sexuales: adaptación y validación en una muestra española***

Ballester, R.<sup>1</sup>, Gil, M.D.<sup>2</sup>, Ruiz, E.<sup>1</sup>, Giménez, C.<sup>1</sup>, Gómez, S<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I (Castellón)

<sup>2</sup>Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia

rballest@psb.uji.es

Una de las variables disposicionales que ha sido más recogida en la literatura científica por su relación con las conductas de salud ha sido la Búsqueda de Sensaciones tal como fue propuesta por Zuckerman, autor de la conocida Escala de Búsqueda de Sensaciones (Zuckerman et al., 1964). Sin embargo, en el ámbito de la sexualidad se hacía necesario algún instrumento que evaluara el constructo de la “búsqueda de sensaciones” no en el ámbito general, sino en el específicamente relacionado con los intereses y las actividades sexuales. Así nació la Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales de Kalichman et al. (1994). Esta escala incluyó ítems de la de Zuckerman, revisados para que reflejaran temas sexualmente relevantes. Su versión final contó con 11 ítems a los que se respondía siguiendo una escala Likert de cuatro puntos. Su consistencia interna fue de 0,79 y su estabilidad temporal, 0,69. Dada la importancia de contar con instrumentos adaptados y validados en España que evalúen este constructo, la Unidad de Investigación sobre Sexualidad y Sida de la Universitat de Castelló ha realizado una adaptación de este cuestionario resultando una versión española del mismo, que administramos a un total de 152 jóvenes universitarios. La edad media de la muestra fue de 20 años (DT=1,89). Por sexos, el 79,6% fueron mujeres y el 20,4% hombres. Los análisis de fiabilidad dieron como resultado una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,700. Por lo que respecta a su validez convergen-



te con otros constructos que pudieran guardar una relación teóricamente estrecha entre sí, se obtuvo una correlación estadísticamente significativa ( $p < 0,000$ ) entre la Búsqueda de Sensaciones Sexuales y la Compulsividad Sexual evaluada a través de una adaptación también realizada por nuestro equipo del cuestionario de Kalichman et al., (1994), si bien la correlación no resultó significativa ( $p < 0,390$ ) con la faceta Búsqueda de Sensaciones evaluada a través del NEO-PI-R. Dado que la adaptación española de la Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales ha mostrado su bondad psicométrica, pensamos que ésta puede constituir un instrumento útil en los estudios que investiguen problemáticas como las conductas sexuales de riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual como la infección por VIH.

#### ***24. Estudio sobre el concepto de sexualidad en los encargados de formar a las/os chicas y chicos: Familia y profesorado***

García Rojas, A.D.

Universidad de Huelva

antonio.garcia@dedu.uhu.es

##### **JUSTIFICACIÓN**

El objetivo básico de la Educación Sexual es favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual, desligada de la propia identidad sexual, desligada de elementos discriminatorios de género, y las vivencias de unas relaciones interpersonales equilibradas y satisfactorias.

Los procesos de desarrollo sexual, algunos aprendizajes básicos relacionados con la sexualidad, los intereses, preguntas e ideas de los chicos/as son suficientemente conocidos y deben tener una respuesta desde la familia y escuela que contribuya a hacer desaparecer la ignorancia, los errores y los temores infundados que esta temática sigue provocando en numerosas personas.

Partiendo de esta premisa, la familia como primer agente socializador-educador, así como la propia escuela a través del profesorado, son parte fundamental en la transmisión de forma consciente o inconsciente (currículum oculto-currículum explícito) de dichos mitos o falacias a nuestros /as niños/as.

Es por ello que surge la presente investigación, con la finalidad de conocer qué mitos y falacias siguen existiendo (así como en qué grado) en las per-



sonas encargadas de socializar y educar a nuestros/as chicos/as: la familia y la escuela.

### OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Conocer si los mitos y falacias referentes a la sexualidad siguen hoy día existiendo entre los padres-madres y profesores/as.
- Descubrir qué actitudes y conocimientos sexuales existen en los sujetos objeto de estudio.
- Detectar las necesidades formativas en materia de sexualidad de las personas encargadas de educar a nuestros/as chicos-chicas (familia-escuela).
- En función de los datos obtenidos, implementar un Programa de Intervención en Sexualidad para paliar la desinformación existente en los sujetos objeto de la presente investigación.

### POBLACIÓN

La muestra está compuesta de un total de 220 sujetos. Distinguiendo en dos grupos:

Padres/Madres: 112

Profesores/as: 108

Los cuestionarios fueron pasados en diversos centros educativos de Andalucía (España). Tanto a los padres/madres como al profesorado.

Como criterios de inclusión:

- Sujetos (padres/madres) con hijos/as insertados/as en formación reglada (Infantil, Primaria y Secundaria).
- Sujetos (padres/madres) con hijos/as insertados/as en formación reglada (Infantil, Primaria y Secundaria) y que a su vez son profesores/as de alumnos/as de Infantil, Primaria y Secundaria.

### INSTRUMENTO

El cuestionario utilizado es una variación del de Carrobbles (1985). Posee 104 ítems agrupados en los siguientes bloques y/o temáticas:

- Generales: 1-34
- Impulso sexual: 35-43
- Reproducción y control de calidad: 44-61



- Homosexualidad: 62-74
- Trastornos y anormalidades sexuales, reales e imaginarias: 75-87
- Agresiones sexuales: 88-98
- Otros: 99-104

## RESULTADOS-CONCLUSIONES

Los datos obtenidos a rasgos generales en el presente estudio, nos confirma la hipótesis de que aún hoy día existen mitos, falacias, mentiras,..... sobre la sexualidad en nuestra sociedad. Ello parece inexplicable en el momento de mayor auge de las tecnologías de la información, en una sociedad en la que tenemos por todos lados mecanismos y medios para formarnos e informarnos de todos los temas que queramos.

La cuestión sería la de llevar a cabo programas de intervención en educación sexual paralelos a estos avances sociales que cambien de actitudes tanto a los padres/madres, al profesorado y por supuesto al alumnado. Y menciono padres/madres ya que considero que en los programas de intervención que se lleven a cabo en los centros educativos, éstos deben de participar de forma activa, bien a través de talleres o bien a través de Escuela de Padres-Madres. De ahí, que los programas de intervención escolares deban de tener un soporte triangular, que jamás debemos de olvidar.

Debemos tener en cuenta que la educación sexual (responsabilidad compartida por familia y escuela) no se debe convertir en un conjunto de normas sobre lo que es bueno y lo que es malo, lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer (moral sexual), sino que ha de basarse en la información objetiva y el desarrollo de una actitud positiva y responsable hacia una parte de nuestra personalidad, la sexual, que es constitutiva de nuestro ser y que, por tanto, hemos de vivir.

En la familia, la educación sexual, se centra en aspectos como las vivencias de unas relaciones de apego adecuadas, la existencia de unos modelos que transmitan mensajes de igualdad y cooperación, y el desarrollo de pautas educativas que fomenten la adquisición de actitudes y conductas positivas ante el hecho sexual humano.

En conclusión, la educación sexual debe ser entendida como un derecho de niñas, niños y jóvenes, en cuya satisfacción han de colaborar la familia y la escuela; las funciones y formas de estos dos ámbitos son distintas, pero complementarias y ambas irrenunciables.



## **25. Investigación sobre adolescencia y sexualidad**

García Rojas, A.D.

Universidad de Huelva

antonio.garcia@dedu.uhu.es

### **JUSTIFICACIÓN**

La creciente preocupación social suscitada por el incremento de los embarazos no deseados y de las enfermedades de transmisión sexual entre los adolescentes ha puesto de manifiesto la necesidad de conocer las causas de este problema para ofrecer alternativas de solución al mismo. Esta necesidad es el origen de esta investigación que se ha llevado a cabo.

### **OBJETIVOS**

#### *General:*

- Conocer y descubrir las actitudes y conocimientos que mantienen una muestra de jóvenes onubenses en torno a la sexualidad y las conductas de riesgo existentes sobre este ámbito.

#### *Específicos:*

- Conocer las causas que determinan el uso eficaz de anticonceptivos por parte de los jóvenes.
- Detectar las necesidades y demandas de los jóvenes en materia de sexualidad y anticoncepción.
- Detectar los errores existentes sobre las ETS.
- Precisar las características que deberían reunir los centros de asesoramiento sexual y anticoncepción para que fueran utilizados con eficacia por la población juvenil.
- En función de los datos obtenidos, llevar a cabo un Programa de Intervención para paliar la desinformación existentes en los jóvenes.

### **POBLACIÓN**

La muestra está compuesta de un total de 120 sujetos. El nivel educativo fue la variable que a priori determinó la constitución de los grupos que iban a formar parte de nuestro estudio. Así, en función de los estudios que estuviesen cursando, se constituyen dos grupos:



- 3º E.S.O.
- 4º E.S.O.

## INSTRUMENTO

El cuestionario utilizado es de Alfredo Oliva, el cual, incluye contenidos sobre conducta sexual, conocimientos contraceptivos, información sobre sexualidad y centros de planificación, actitudes hacia la sexualidad y la contracepción y, uso de anticonceptivos.

Algunos de estos contenidos son explorados a través de preguntas a las que el sujeto debía responder eligiendo su respuesta de entre varias opciones que se le presentaban; y otros, se exploran a través de escalas de actitudes y conocimientos “tipo Likert”, que contienen una serie de ítems o enunciados ante los que el encuestado debía expresar su grado de acuerdo o desacuerdo mediante la asignación de una puntuación comprendida entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 3 (totalmente de acuerdo).

## RESULTADOS-CONCLUSIONES

Uno de los resultados más llamativos del estudio llevado a cabo, tiene que ver con las diferencias tan significativas que aparecen en función del género que delimitan dos patrones de comportamiento sexual, uno masculino y otro femenino. El masculino estaría definido por una mayor precocidad, promiscuidad y una mayor valoración del coito, que representa una importante señal de prestigio ante el grupo de iguales. El patrón femenino muestra una actividad sexual más reducida, menos gratificante, y que genera más sentimientos de culpa. Además, en las chicas la conducta sexual está más integrada con otros componentes socioemocionales, por lo que hay una mayor vinculación entre sexualidad y afectividad. Estas diferencias de género son muy acusadas durante la adolescencia temprana, probablemente porque chicos y chicas se encuentran en un periodo crítico en cuanto a la construcción de su identidad sexual y necesitan mostrarse muy estereotipados en sus actitudes y conductas sexuales. Sin embargo, en la medida en que chicos y chicas crecen y culminan este proceso, las diferencias van desapareciendo, y muestran unos patrones más andróginos y parecidos entre sí, sobre todo aquellos adolescentes de mayor nivel educativo.

Si tenemos en cuenta que muchos adolescentes manifiestan muchas lagunas en sus conocimientos sobre sexualidad, tiene mucho sentido analizar cuáles



son las fuentes de información que utilizan. A través de los datos obtenidos podemos observar cómo los amigos representan la principal fuente de información, seguida de las revistas o libros. Resulta evidente que ni la escuela ni la familia parecen proporcionar mucha información sobre sexualidad, ya que sólo la cuarta parte de los jóvenes afirma que sus educadores les han informado sobre esta materia. Cuando se trata de los padres, el porcentaje es aún más bajo.

## ***26. La sexualidad (negada) en las personas con discapacidad psíquica***

García Rojas, A.D.

Universidad de Huelva

antonio.garcia@dedu.uhu.es

La sexualidad en las personas con discapacidad psíquica depende de factores biológicos, expresados en su menor potencial intelectual, su menor capacidad de realización como persona y factores sociales, efecto de la imagen que de ellos/as tiene la sociedad.

No se debe negar o reprimir la sexualidad de los/las discapacitados/as psíquicos/as. La situación ha cambiado de forma muy marcada en muchos países y en numerosas instituciones, se les permite convivir con personas de distinto sexo. Dado que la sexualidad ha sido considerada como algo propio de adultos y dirigida a la procreación, estas características no cuadran con los/as discapacitados/as psíquicos/as, a las que la sociedad califica como niños/as y cuya reproducción debe evitarse. La consecuencia ha sido la “desexualización” olvidando que estas personas cuya masculinidad y feminidad tiene el mismo sentido que para el resto de las personas. No debe negarse que su discapacidad significan un obstáculo al desarrollo de ciertos aspectos de su personalidad sexual y que ésta tendrá características peculiares. Pero también hay que reconocer que toda persona es portadora de limitaciones y que no puede negarse su dimensión sexuada. Hay que decir de ellas, que la sexualidad es constitutiva de sus personas y no un elemento marginal.

Por ello, las personas con discapacidad psíquica al igual que cualquier otra persona tienen derecho a elegir las diversas formas de vivir su sexualidad: masturbación, relaciones sexuales, homosexualidad, etc... En definitiva, tienen derecho a su autorrealización y a ser ayudadas en este proceso.



***27. ¿Existe relación entre las dimensiones de personalidad, la percepción de riesgo frente al VIH y las creencias asociadas al uso del preservativo?***

Ballester, R.<sup>1</sup>, Gil, M.D.<sup>2</sup>, Ruiz, E.<sup>1</sup>, Giménez, C.<sup>1</sup>, Gómez, S.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología (Universitat Jaume I, Castellón)

<sup>2</sup>Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Univ. de València, Estudi General

rballest@psb.uji.es

La percepción de riesgo y las creencias hacia el uso del preservativo son dos componentes claves para la prevención del VIH. En el primer caso, porque en la medida en que las personas se perciban a sí mismas como más o menos vulnerables, llevarán a cabo en mayor o menor medida comportamientos preventivos. En segundo caso, porque las creencias respecto al uso del preservativo como método de prevención, facilitarán o limitarán su utilización. En los últimos años está creciendo el interés sobre el papel que ejercen las variables de personalidad en las conductas sexuales de riesgo. Por ello nuestro objetivo en este caso es analizar las relaciones existentes entre las dimensiones de personalidad y dos de las variables más importantes en la prevención del sida, a saber, la percepción de riesgo de infección, por un lado, y las creencias acerca del uso del preservativo, por otro. El objetivo final es averiguar qué jóvenes universitarios constituyen una “población de riesgo” respecto a estas variables. Para ello analizamos las respuestas de 120 estudiantes (un 76% son chicas y un 24% son chicos), entre 18 y 22 años (media=19,79; DT=1,33), de la Universitat Jaume I de Castelló. Los instrumentos de evaluación utilizados son: el NEO-PI-R de Costa y McCrae (1992) y el Cuestionario de Prevención del Sida de Ballester, Gil, Guirado y Bravo (2004). Los cálculos obtenidos mediante el análisis de correlación de Pearson muestran una correlación significativa y con signo positivo entre probabilidad de infección percibida y la dimensión Neuroticismo ( $r=0,275$ ;  $p\leq 0,005$ ), así como entre temor percibido de infección e Impulsividad ( $r=0,182$ ;  $p\leq 0,048$ ) y Gregarismo ( $r=0,204$ ;  $p\leq 0,026$ ). Por otro lado encontramos que la confianza en el uso del preservativo correlaciona positivamente con la Apertura a la Experiencia ( $r=0,216$ ;  $p\leq 0,018$ ). Por último, mientras la atribución de ventajas al uso del preservativo correlaciona significativamente de manera negativa con Impulsividad ( $r=-0,187$ ;  $p\leq 0,041$ )



y positivamente con Competencia ( $r=0,183$ ;  $p\leq 0,047$ ), la atribución de inconvenientes lo hace de manera negativa con la escala de Valores ( $r=-0,214$ ;  $p\leq 0,019$ ). Respecto a la percepción de riesgo, estos resultados muestran por un lado, que las personas que tienden a experimentar afecto depresivo y sentimientos negativos percibirán una mayor probabilidad de infección. Por otro lado, las personas más impulsivas y gregarias percibirán mayor temor a la infección. Si nos referimos a la confianza en el uso del preservativo como método de prevención, concluimos que las personas caracterizadas por la búsqueda activa de experiencias, no rígidas en sus creencias y con una mentalidad abierta a nuevos valores e ideas, tienden a tener mayor confianza en el preservativo, mientras que las personas menos impulsivas y con mayor facilidad para controlar los impulsos, tienden a percibir mayor número de ventajas. Las personas que se consideran conservadoras y que aceptan la autoridad y las tradiciones, tienden a percibir mayor número de inconvenientes. Encontrar un “perfil de riesgo” en los jóvenes ayudará a optimizar nuestras acciones sobre prevención del VIH entre este colectivo.

### ***28. Calidad de sueño en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria***

Martínez, P., De la Torre, A. y Miró, E.  
Facultad de Psicología, Universidad de Granada  
mnarvaez@ugr.es

En la actualidad uno de los problemas psicológicos que está adquiriendo mayor importancia son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Existe una amplia documentación de los TCA y su relación con múltiples variables médicas y psicológicas. No obstante, parece que la relación entre TCA y procesos de sueño se ha ignorado en parte. El presente estudio se centra en cómo este grupo de trastornos inciden en el sueño de los pacientes con TCA. La existencia de una buena o mala calidad de sueño va a incidir de forma importante en la calidad de vida global de la persona. El sueño es un importante indicador de salud. El presente trabajo es un estudio correlacional en el que se compararon las puntuaciones de 13 pacientes con TCA y 15 controles (que residían en Granada, España, y/o recibían tratamiento psicológico allí) en el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI), la Escala de Somnolencia de Epworth (ESS), la Escala de Creencias y Actitudes



Disfuncionales sobre el Sueño (DBAS) y un diario de sueño. Se encontró una peor calidad subjetiva de sueño en el PSQI de los pacientes con TCA, con respecto a los controles sanos. Además se observaron ciertas creencias disfuncionales con respecto al sueño de estos pacientes. Por otra parte, como cabía esperar se observaron mayores niveles de depresión (medida por el BDI) y ansiedad (medida por el BAI) en los pacientes con TCA frente al grupo control. En conclusión, parecen estar alterados ciertos parámetros del sueño en los pacientes con TCA. Estos resultados enfatizan la conveniencia de incorporar una intervención sobre estos problemas en los programas de tratamiento actuales de los TCA.

### ***29. Función ejecutiva en pacientes con fibromialgia***

Hita, E., Miró, E., Lupiáñez, J., Martínez, P. y Sánchez, A.I.

Facultad de Psicología, Universidad de Granada

mnarvaez@ugr.es

En España la fibromialgia presenta una prevalencia del 2,4%, lo que supone unas 700.000 personas afectadas. Aunque existen estudios que evidencian la presencia de alteraciones cognitivas en dicho síndrome, hoy día es un campo poco explorado. Las funciones cognitivas más estudiadas han sido la atención, concentración y memoria. Sin embargo, tanto la memoria como la atención no son procesos unitarios. En el caso concreto de la atención, según la teoría atencional de Posner, podemos distinguir tres redes atencionales: alerta, orientación espacial y función ejecutiva. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la función atencional en pacientes con fibromialgia y controles sanos utilizando la tarea ANT-I, la cual se basa en el modelo de Posner. Los resultados de nuestro estudio evidencian que las pacientes con fibromialgia presentan alterada la función ejecutiva, presentando patrones similares al de pacientes frontales.



### ***30. Relación entre la conducta de consumo y los rasgos de personalidad***

**Gracia, M.R., Rodríguez, S.**

Universidad de Huelva

Mariadelrocio.gracia@alu.uhu.es

En el marco de una investigación para obtener datos sobre incidencia del consumo de drogas en adolescentes escolarizados de Huelva, se ha planteado comprobar la existencia de relación entre el consumo de estas sustancias y factores de personalidad. Así, se plantearon como objetivos comprobar si existe asociación entre el consumo de tabaco y el consumo de otras drogas, así como la existencia de asociación entre los factores del NEO-PI y el consumo de tabaco y otras drogas.

La muestra de adolescentes estaba compuesta por 405 participantes (193 hombres y 209 mujeres) de edades comprendidas entre 16 y 18 años, que cursaban 1º y 2º de Bachiller y de ciclos formativos de primer grado, durante el curso 2007-2008. Todos ellos fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por conglomerados de centros educativos de Huelva (capital).

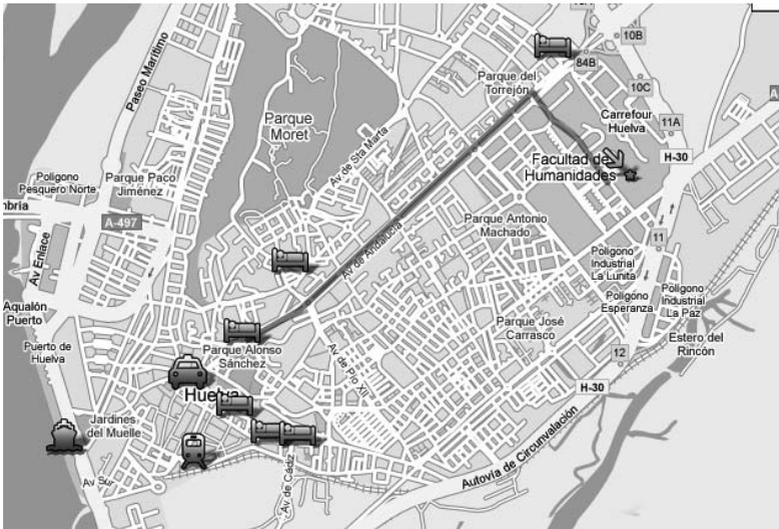
La recogida de datos se llevo a cabo durante la segunda semana de mayo del 2008 dentro del horario lectivo y con administración del cuestionario al grupo-clase. El cuestionario, anónimo y autocumplimentado en formato papel y lápiz, incluía el NEO-PI y así como preguntas diseñadas ad-hoc para evaluar la incidencia del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

En esta muestra no se han encontrado asociaciones significativas entre el consumo de tabaco y otras drogas. En cuanto a la asociación entre los factores de personalidad y el consumo de tabaco y de alcohol, se ha encontrado una asociación significativa y positiva con la extraversión, no obteniéndose asociación significativa entre factores de personalidad y el consumo de otras drogas.



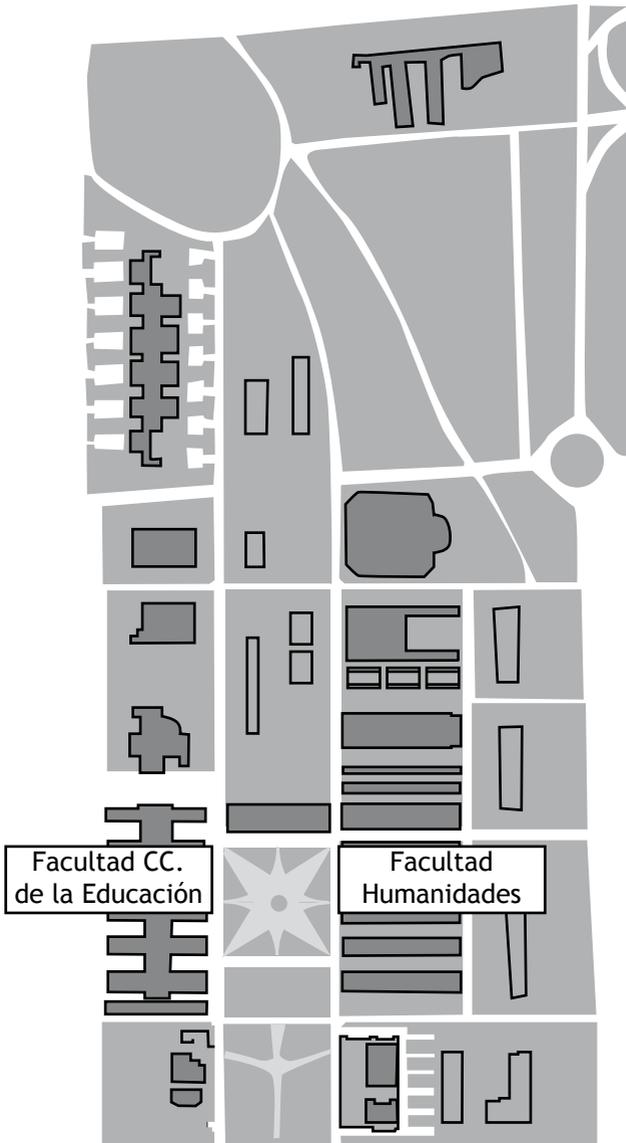


## HUELVA



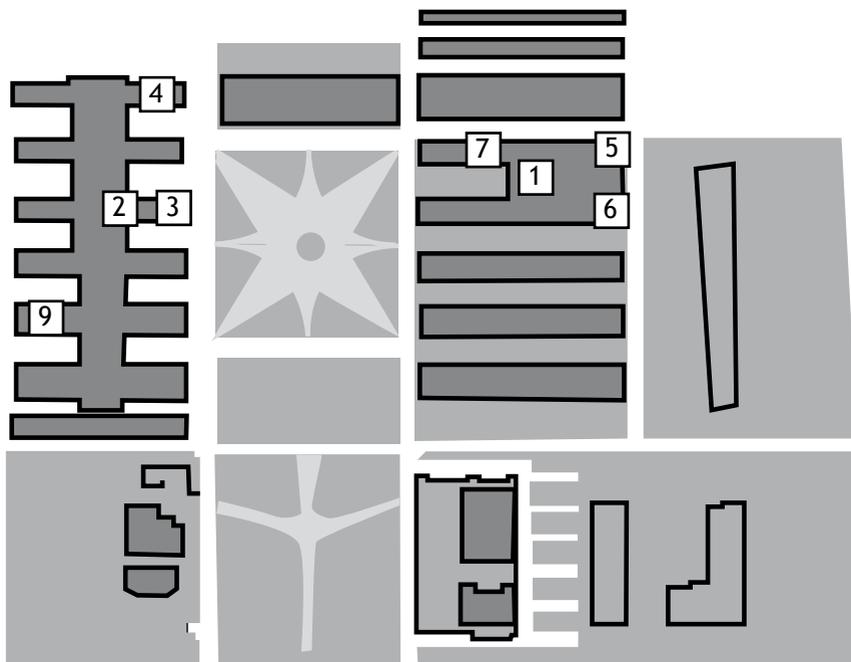


## UNIVERSIDAD DE HUELVA Campus de “El Carmen”





## ESPACIOS VI Congreso AEPCP



1. Aula Magna “Jacobo del Barco”
2. Salón de Actos CC. de la Educación
3. Salón de Grados CC. de la Educación
4. Aula 6.2 CC de la Educación
5. Aula 9.7 Humanidades
6. Aula 10.6 CC Humanidades
7. Aula 9.5 Humanidades
8. Comedor Universitario
9. Cafetería CC. de la Educación

