



Hermanas
Hospitalarias

Informaciones **Psiquiátricas**

Nº. 240

2.º Trimestre

2020

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS
HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el **Dr. D. Parellada**

DIRECTOR

Dr. Pedro Roy Millán

JEFE DE REDACCIÓN

Sr. J.L. Arroyo Cifuentes

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Sor Elisa Sánchez Santamaría

Dr. J.A. Larraz Romeo

Dr. M. Martín Carrasco

Dr. J.I. Quemada Ubis

Dr. F. del Olmo Romero-Nieva

Dr. C. Franquelo Cruz

Dr. E. Rojo Rodes

CONSEJO DE REDACCIÓN

Dr. J. Orrit Clotet

Dra. M. Centeno Casanovas

Sr. J. Tristany Claret

Dr. E. Díaz-Albo Hermida

Dr. S. Sarró Maluquer

Dr. C. Martín Lorenzo

Dr. J. Gómez de Tojeiro Roce

ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. Álvarez Martínez

Prof. Dr. C. Arango López

Prof. Dr. J.L. Ayuso Mateo

Prof. Dr. A. Bulbena Vilarrasa

Prof. Dr. J.L. Carrasco Parera

Prof. Dr. M. Casas Brugué

Prof^a. Dra. M^a Paz García Portilla

Prof. Dr. J.L. González Rivera

Prof. Dr. M. Gutiérrez Fraile

Prof. Dr. P. McKenna

Dr. I. Madariaga Zamalloa

Dr. M. Martínez Rodríguez

Prof. Dr. L. Ortega Monasterio

Dra. E. Pomarol-Clotet

Prof. Dr. J. Sáiz Ruiz

Prof. Dr. L. Salvador Carulla

Dr. Manuel Sánchez Pérez

Dr. J. Tizón García

Prof. Dr. M. Valdés Miyar

Prof. Dr. E. Vieta Pascual

SEDE PROVINCIAL BARCELONA

Av. Jordà, 8

08035-Barcelona

Tel.: 93.418.69.33

e-mail: informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es

www.informacionespsiquiatricas.com

www.hospitalarias.es

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICODOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/ Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com.

Depósito Legal. B. 675-1958 / ISSN 2385 – 7463

Normas para la presentación y publicación de trabajos

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.ICMJE.org>

Informaciones Psiquiátricas aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Salud Mental, Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los tipos de trabajos que podrán ser aceptados en la Revista son los siguientes: Originales, Revisiones, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Los trabajos pueden remitirse a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, a través del correo electrónico informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es o mediante acceso directo en www.informacionespsiquiatricas.com
4. Se admiten trabajos redactados en español y en inglés.
5. Los trabajos deberán presentarse escritos a doble espacio. Todas las páginas deben estar numeradas de forma consecutiva, empezando por la portada.
6. En la portada deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
 - Título del artículo.
 - Los nombres de los autores y sus afiliaciones institucionales.
 - El nombre del/de los departamento(s) e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo.
 - Descargos de responsabilidad, si los hay.
 - Información para contactar con el autor (Nombre, dirección postal, número de teléfono y dirección electrónica).
7. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
8. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación. El texto de los artículos originales de investigación deberá estar dividido en los siguientes apartados y por el orden que se citan:
 - Introducción.
 - Métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
9. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
 - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
 - b) Las citas de artículos de revistas se efectuarán de la siguiente manera:
 - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
 - Título del trabajo en su lengua original.
 - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
 - Año, número de volumen: página inicial-página final. Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Shelves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in "depressed" schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(10):922-8.
 - c) Las citas de libros comprenderán por el siguiente orden:
 - Apellidos e inicial de los nombres de los autores en mayúsculas.
 - En: Título original del libro.
 - Apellidos e inicial de los (ed).
 - Ciudad, Editorial, Año: página inicial-página final. Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
 - d) Las citas de páginas web comprenderán por el siguiente orden:
 - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
 - Título del trabajo en su lengua original.
 - Tipo de soporte entre claudators.
 - Año y ciudad de publicación (si consta), fecha de edición y/o consulta (recomendado).
 - URL. Simon G, Roy-Byrne P, Solomon D. (2018). Bipolar depression in adults: Choosing initial treatment. [en línea]. Washington. [Consultado el 1 de febrero de 2018]. <http://www.uptodate.com/home>
 10. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
 11. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación. El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.

- 9 **LA SALUD ESPIRITUAL, ¿EL FACTOR OLVIDADO?**
Ramon M. Nogués
- 19 **VULNERABILIDAD Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL**
Josep Tresserras Basela
- 27 **EFICACIA DE DOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-
CONDUCTUALES EN PERSONAS CON FIBROMIALGIA Y
AFECTACIÓN EMOCIONAL**
Nuria Miguel-de Diego / Isabel Serrano Pintado / Juan
Delgado Sánchez-Mateos
- 43 **VALORACIÓN DE RESULTADOS EN EL GRUPO
MULTIFAMILIAR A TRAVÉS DEL SCORE-15: UN ESTUDIO
PILOTO**
Casilda M. Oujo Fernández / Juana Calleja Martín /
Mariona Guardia Sans / Oriol Imbernon Valiente / Carles
Pérez i Testor
- 53 **LA TRANSDISCIPLINARIEDAD EN EL HD**
Carmen Muñoz Arca
- 60 **CORRELATOS NEURONALES DE LA PERCEPCIÓN DEL
'YO' Y DEL 'OTRO' EN LA ESQUIZOFRENIA**
FIDMAG informa

LA SALUD ESPIRITUAL, ¿EL FACTOR OLVIDADO?

Ramon M. Nogués

Antropología Biológica.

UAB. Barcelona

ramonmaria.nogues@uab.cat

Resumen

La revisión comenta la importancia de espiritualidades y religiones en la Antropología evolutiva, y analiza desde el punto de vista cerebro-mente la estructura de estas trascendencias. Sugiere que estas dimensiones mentales podrían tenerse en cuenta en la psiquiatría, al margen de consideraciones ideológicas, como elementos de salud espiritual, factor con frecuencia olvidado.

Palabras clave: trascendencias, antropología evolutiva, salud espiritual.

Abstract

The review comments on the importance of spiritualities and religions in evolutionary Anthropology, and analyze from the brain-mind point of view the structure of transcendencies. He suggest that these mental dimensions could be taken into account in psychiatry, apart of ideological considerations, as element of spiritual health, a factor often forgotten.

Key Words: transcendencies, evolutionary anthropology, spiritual health.

Introducción

La psiquiatría, en primera línea de las ciencias de la mente, se propone acompañar, y restaurar en su caso, la “normalidad” de la mente humana. Destaco entre comillas la palabra normalidad porque todos conocemos lo difícil que resulta precisarla cuando no nos movemos en el área de lo estrictamente patológico. Desde la Antropología evolutiva y descriptiva, precisamente forma parte importante de la normalidad la atención a los trazos de trascendencia que definen y acompañan el paso de los Primates en general, a los Homínidos en particular. Efectivamente, el culto a los muertos o la invocación de divinidades trascendentes evocadas de forma simbólica, constituyen los signos más relevantes de este paso. Al margen de la valoración ideológica o metafísica que tales invocaciones puedan merecer, la fenomenología del hecho argumenta claramente en favor de un análisis muy serio de la importancia de este factor en la mente humana. Tanto más cuanto que su prevalencia se mantiene por milenios de forma muy destacada, constituyendo las religiones y espiritualidades elementos principales de la cultura mundial de todas las épocas y todos los países. Una atención mental completa no puede pues ignorar las experiencias simbólicas trascendentes espirituales y religiosas y sus funciones. De ahí que la salud espiritual forme parte de algunos aspectos de la psiquiatría normal. Esta afirmación posiblemente choca con planteamientos que invocan una neutralidad exquisita, por parte de la psiquiatría, ante el fenómeno espiritual o religioso, al creer que no forma parte constitutiva de una salud integral, y que podría interferir en un correcto análisis y una buena orientación terapéutica. Cabe sin embargo la opinión que defiende que una psiquiatría

completa no puede ignorar el hecho religioso o espiritual en la medida en que afecta a la dimensión inevitablemente trascendente de la mente humana, dimensión que no es únicamente religiosa y que hoy se manifiesta en propuestas muy distintas, dentro de las que caben espiritualidades no religiosas e incluso ateas, pero siempre trascendentes respecto de la estricta supervivencia, y otras trascendencias como son la éticas, las estéticas, las amorosas o las filosóficas. De ahí que, en textos científicos neurobiológicos hoy aparezca con cierta frecuencia la expresión “*forgotten factor*” referida a la realidad de lo espiritual o religioso en el análisis de lo mental, especialmente en lo que se refiera al sentido de la vida, en la especie humana (1). Muchos consideran que la disposición a situarse con sentido en la experiencia vital constituye una pieza esencial de la salud mental (y por ende de la atención psiquiátrica), y que a esta capacidad contribuye de forma muy destacada la experiencia espiritual i/o religiosa. Se habla en este sentido de “higiene espiritual”, (2), y de “salud espiritual” (3).

Las ciencias de la salud mental ciertamente no tienen la misión de actuar directamente sobre temas como la dimensión trascendente, pero quizás pueda compararse con lo que sucede con la gastronomía o la arquitectura. La ciencia de la alimentación tiene que basarse en estudios nutricionales o bromatológicos pero puede tener en cuenta provechosamente la gastronomía que es la dimensión que corona el ejercicio normal de la alimentación. La arquitectura se ocupa técnicamente de que las construcciones se sostengan, pero además añade la función estética que procura que la vivienda sea agradable. Una buena medicina no puede limitarse al nivel estrictamente orgánico y debe abarcar la persona en su conjunto.

La psiquiatría se propone normalizar la vida mental pero podría ser que no debiera desinteresarse de aquello que pueda coronar satisfactoriamente la vida mental reforzando su robustez y su satisfacción, y aquí juegan un papel importante las espiritualidades y las religiones, precisamente analizadas para que su papel no sea desestructurador. Efectivamente, espiritualidades y religiones, bien interpretadas y gestionadas, han sido y siguen siendo muy significativas en tanto que “proveedores” de tres dimensiones fundamentales de la salud mental: la confianza básica, la búsqueda de sentido, y la madurez amorosa. No se ve pues porque a priori la psiquiatría tendría que desentenderse de tales aportaciones.

La mente humana, rompiendo esquemas animales

Un cerebro de lujo

Existe la convicción compartida y ampliamente justificada, que sitúa en el cerebro la referencia clave de la distinción animal/humano. Aunque culturalmente algunas sociedades señalen como significativas en la experiencia mental humana estructuras corporales diferentes del cerebro (p. ej. el “hara” en Japón o el corazón y los riñones en la antropología hebrea), espontáneamente y científicamente el órgano cerebral es la referencia obvia de la actividad mental y por ende, de la singularidad humana. Esta singularidad, pese a ciertos intentos de rebajar su intensidad, resulta científicamente indiscutible. Efectivamente no existe ninguna especie animal que haya asumido en un espacio de tiempo breve como es el de algunos milenios, un cambio de sus condiciones de presencia en la Biosfera, como lo

han hecho los humanos, de manera que la tradicional forma biológica de evolución por mutaciones del sistema genético haya sido ampliamente rebasada por actuaciones técnica derivadas de la actividad de la propia especie. El cerebro que ha protagonizado este extraño proceder puede denominarse un “cerebro de lujo” en la medida en que sus capacidades de procesamiento han superado ampliamente las exigencias que impone la supervivencia. Los animales disponen de una capacidad pulsional perfectamente adaptada a la supervivencia de su especie. Los humanos, también, pero además exhiben una serie de actividades no esenciales para sobrevivir pero que adornan la supervivencia con dimensiones muy originales. Parece que estudios neurológicos apuntarían a la idea que el progreso neural humano está relacionado con nuevos circuitos conectivos desarrollados evolutivamente en el cerebro humano, y que precisamente estos circuitos son los afectados por fallos mentales como los relacionados con la esquizofrenia, que correspondería al desbarajuste de las sutiles posibilidades mentales del cerebro humano. (4). Si esto es así, atender a lo propio del “exceso” mental humano (dentro del que se ubican las trascendencias), no tendría que ser algo extraño a la psiquiatría.

Existen crecientes datos biológicos y evolutivos muy interesantes que ilustran la singularidad humana. Todavía algunos siguen hablando de que “pocos” genes distinguen los humanos de sus parientes primates (chimpancés por ejemplo), pero esta argumentación sobre número de genes tiene hoy muy poco interés. Desde el año 2000 y con el advenimiento de la epigenética y el estudio detallado de las interacciones entre genes y de sus complejos sistemas de expresión (metilaciones en el DNA o acciones sobre las histonas) y las acciones de los múltiples

RNA, el interés ya no se centra en el número de genes que diferencia una especie de otra sino en los muy complejos sistema epigenéticos. Y en este punto la singularidad humana aparece de forma muy interesante. Sabemos por ejemplo de los complejos programas de desarrollo del sistema nervioso y de sus particulares diferencias entre humanos y otros primates, a través de elegantes investigaciones celulares en genómica de organoides cerebrales. (5).

Las trascendencias como “excesos” mentales

Las trascendencias constituyen experiencias de gran interés neuropsicológico en la medida en que son amalgamas entre pulsiones, emociones y razonamientos. La razón no es una prerrogativa autónoma de la mente humana que pueda erigirse en pieza independiente. La razón se engarza evolutivamente en un zócalo pulsional y emocional al margen del cual nunca puede actuar. El grupo de Okon-Singer ha mostrado la imposibilidad de aislar las redes cognitivas y las redes emocionales que participan en el conocimiento humano. (6). A. Damasio y su prestigiosa escuela ha tematizado en numerosas obras el papel central que neurológicamente juega la emoción en toda actividad mental (7). La razón aislada pues no existe, ni es lo más específicamente humano: le faltaría la emoción relacional. Siempre tenemos razón enraizada evolutivamente en el zócalo arcaico, considerando lo arcaico con pleno respeto. Freud, por otra parte había ya insistido psicológicamente en el tema. Esto es importante porque lo más característico de la experiencia mental humana no es la razón sino experiencias en las que razón, emoción y pulsiones se entremezclan como aleaciones en las que cada dimensión

guarda sus proporciones, pero conjuntamente dan lugar a experiencias originales y creativas. Esto caracteriza lo que llamamos trascendencias.

Se trata de “excesos” en la medida en que superan las necesidades animales de supervivencia pero son lo más cualitativo que ha creado la mente humana. Entre estos excesos cabe destacar tres características: las estéticas, las éticas y las espiritualidades y religiones. Los tres responden a una misma estructura neuropsicológica y presentan el mismo interés antropológico y cultural. Su naturaleza neuropsicológica la constituye una aleación de elementos pulsionales (dinámicas sexuales, alimentarias, defensivas...), acompañadas de resonancias emocionales gratificantes (relacionadas por ejemplo con la activación del núcleo *accumbens*), y orientadas por elementos intelectuales de razonamiento. Ninguna justificación podría amparar el menospreciar alguna de estas dimensiones, aunque a partir de la Ilustración se ha convenido en ciertos sectores culturales en menospreciar por razones ideológicas la espiritualidad o la religión.

Las trascendencias se han ido configurando culturalmente en sistemas simbólicos que condicionan la mente individual en la medida en que ésta es conformada por aquellos en cada momento cultural. Los sistemas simbólicos son patrimonio del llamado “cerebro social” que define los paradigmas compartidos de cada sociedad en cada momento histórico. Así, filosofías, estéticas, éticas, teorías científicas, espiritualidades o religiones van conformando gran parte de la mente de los humanos. Es posible que, con más frecuencia de lo que creemos, nuestro pensamiento, más que un producto personal, sea un préstamo que nos hacen los sistemas simbólicos de los que dependemos. Dada la importancia de lo relacional y lo

social en los humanos, con frecuencia, más que pensar autónomamente “somos pensados” por los sistemas simbólicos que nos estructuran. Los sistemas simbólicos ayudan a poner orden en el caos que amenaza el rico y complejo mundo mental humano debido a sus posibilidades “abiertas” que son fuente de creatividad pero que implican un fuerte riesgo de alteración esquizofrénica. Actualmente los análisis sobre el enorme papel que representa el cerebro social son objeto de gran interés neurológico. (8).

Espiritualidades y religiones en busca de sentido

La razón por la que las ciencias de la mente podrían oportunamente interesarse de forma específica por las espiritualidades y religiones y no desdeñarlas, sería el hecho de que estas dimensiones mentales juegan un papel central en la búsqueda de sentido de la mayoría de los humanos. Y la búsqueda de sentido es una pieza fundamental de la sanidad mental.

Iluminaciones y sabidurías

Desde hace muchos siglos espiritualidades y religiones han utilizado la palabra “iluminación” o “sabiduría” para indicar un espacio mental de equilibrio y sentido en el que situar el “self”. El acceso a este espacio está indicado tanto por formas de vida adecuadas como por prácticas y ejercicios de interiorización. Estos entramados vitales han sido pilares fundamentales del progreso humano que se han extendido por todas las culturas. Hay que decir sin ningún tipo de reserva que hay que vigilar de cerca el desarrollo de estas propuestas y sus codificaciones en estructuras sociales, a fin de

evitar los evidentes riesgos de deformación, específicamente de deformación psíquica, que dichas propuestas encierran. Efectivamente, y aunque este no sea un riesgo exclusivo del mundo espiritual o religioso, las mejores propuestas humanizadoras guardan relaciones de vecindad con deformaciones mentales y sociales muy conocidas (obsesiones, fundamentalismos, paranoias, mundos visionarios...)

Las intersecciones: psicologías, espiritualidades y religiones

Comentada la situación de relaciones entre el mundo de las ciencias de la mente, las espiritualidades y las religiones, puede ser interesante tratar de establecer, aunque sea de forma muy breve, una cierta distribución de competencias entre ellas. Utilizando una acertada comparación del Dalai Lama, las ciencias de la mente representarían como el agua para la vida: analizan aquello que es condición indispensable para que la vida mental se produzca correctamente. Las espiritualidades, trabajando sobre la suposición de que el agua fluye adecuadamente, podrían equipararse a una infusión de té: se trata de agua, pero con un contenido inspirador específico que le da sabor (iluminación o sabiduría). Las religiones – la aproximación ya es mía - al proponer relatos que nos “revelan” referencias trascendentes personales no antropomórficas (Dios), y aspectos de la vida específicos que se comparten en encuentros comunitarios diversos, podrían ser como un “té con pastas”. Se trata solamente de una aproximación pedagógica pero que puede iluminar de algún modo la buena convivencia que pueden establecer ciencias de la mente, espiritualidades y religiones.

Prácticas de entrenamiento

Una de las dimensiones que espiritualidades y religiones han trabajado magistralmente desde hace milenios son las prácticas de educación del self. Aun hoy las propuestas de las ciencias de la mente sobre el tema son en gran parte tributarias de estas seculares aportaciones. No resulta fácil clasificar este amplio campo de propuestas terapéuticas, pero me parece útil la clasificación que propone Dahl (9), relacionándola con sus aplicaciones clínicas. Distingue este autor tres grandes grupos de prácticas, que entrelazan su dependencia de la tradición hindú, el budismo tibetano o el zen, la tradición judía, cristiana o musulmana, el universo taoísta chino o el mundo espiritual griego.

El manejo de la atención: la Mindfulness como ejemplo

Un primer grupo de prácticas está compuesto por aquellas que trabajan primordialmente sobre la atención, ya sea focalizando la atención en la propia respiración, en atención corporal o en algún tipo de recitado rítmico, ya sea atendiendo a determinados objetos físicos o mentales. Las modernas técnicas conocidas como mindfulness, derivadas del budismo clásico relativamente aislado de sus bases espirituales más profundas, elaborado como una técnica y orientado hacia una puesta a punto incluso empresarialmente por Kabat-Zinn (10), son un ejemplo claro del tributo que seguimos pagando a las grandes tradiciones espirituales clásicas.

Deconstrucción de un yo engañoso

Un segundo grupo de prácticas se propone principalmente la deconstrucción de un yo engañoso (que no coincide con un yo enfermo). Se trata de ir desmontando las falsas evidencias normalizadas que estructuran el self atribuyéndole una falsa obviedad. Los recursos que se activan van desde la terapia zen que utiliza la sorpresa o la paradoja en técnicas como el delicioso koan, hasta métodos clínicos cognitivos. En ocasiones se insiste en aspectos centrados en el objeto (Theravada, Vipassana, Koan..) y en otros casos en orientación centrada en el sujeto (meditación tibetana analítica) o en el campo no-dual. (Advaita Vedanta, Sufismo, mística cristiana).

La sugerencia de los valores (meditación con objeto)

El tercer grupo propuesto por Dahl comprende las prácticas meditativas centradas en valores. Distingue aquí este autor la orientación relacional (el loving-kindness u orientación centrada en la compasión, muy común en el budismo tibetano o en la meditación cristiana), o la consideración directa de valores como pueden ser la cuatro verdades del budismo, los temas de los ejercicios espirituales del estoicismo o epicureísmo griego (ver por ejemplo (11), o la gran tradición cristiana, (benedictina, carmelitana, dominicana, ignaciana...). Hay algún estudio específico sobre la neurología de la compasión. (12). Todas estas orientaciones se relacionan transversalmente en el interesantísimo ámbito de la mística, referencia central de lo más selecto del mundo interior humano.

Los registros: neurobiología y terapia

Los aspectos neurobiológicos correspondientes a las prácticas espirituales y religiosas enfocadas al trabajo y acción terapéutica sobre el self han sido profundamente estudiados. Algunos textos recientes recogen, al lado de otros muchos, tales estudios (13) y (14). Las aportaciones de estos estudios abarcan muy diversos aspectos de la neurobiología que se benefician de prácticas espirituales bien realizadas. Estos aspectos comprenden por ejemplo, la mejora en la mielinización de los circuitos cerebrales (15), la regulación de procesos inflamatorios (16), la consolidación de los telómeros cromosómicos (17), la regulación cardiovascular (18), la actuación beneficiosa en la regulación génica (19), o la mejora en la conectividad de las redes neuronales cerebrales (20). En general, se trata de las acciones que compensan los afectos nocivos del stress (21).

En lo que se refiere a estados mentales y las modificaciones correspondientes a estas prácticas espirituales se han estudiado muy concretamente los diferentes estados de la mente y las características que presentan (22). En muchos casos estos estudios han abundado en consideraciones terapéuticas (23).

Debe quedar claro que el recurso a estas prácticas espirituales y religiosas y sus claros beneficios psicosomáticos, debe ser siempre una acción complementaria a las terapias que la neurobiología clínica establece y nunca un intento de interferir en ellas o sustituirlas. Es en este sentido que el acceso ponderado a estos ejercicios sobre el self hoy se ve facilitado en hospitales generales de muchos países.

Adiós, ideología, adiós

Permítaseme concluir esta breve revisión del tema de los aspectos terapéuticos de espiritualidades y religiones, con un comentario que afecta a las dimensiones ideológicas y sociales del tema.

En las culturas en general, los aspectos sociales van íntimamente unidos a los religiosos y espirituales en formatos diversos. La cultura europea, a partir de la Ilustración generó una separación entre lo laico y lo religioso estableciendo entre ellos una separación hostil. En la medida en que en Europa lo espiritual andaba unido a lo religioso cristiano, la espiritualidad quedó marginada y relegada a la categoría de superestructura inútil. Quedó así establecido un rechazo oficial a lo religioso/espiritual con fundamentación ideológica. En este rechazo jugó un papel importante el justificado rechazo al poder civil ejercido desmesuradamente por las instituciones religiosas cristianas.

Nos hallamos hoy ante un nuevo paradigma. El poder religioso ha entrado en explicable crisis en Occidente. Ello supone cambios importantes en la valoración desacomplejada del hecho religioso y espiritual. Existen sociedades en las que lo civil y lo religioso conviven en paz. Gran Bretaña, por ejemplo, una de las democracias más antiguas y maduras de Europa, tiene a su Jefe de Estado como cabeza de su Iglesia, a su clero como funcionario del Estado, y a 26 obispos en la Cámara de los Lores. En nuestro país, con importantes anticuerpos culturales ante lo religioso, esto sería inconcebible. Las sociedades civiles occidentales, por otra parte, se interesan por la espiritualidad, no precisamente religiosa y, huérfanas de su propia y rica tradición, buscan en Oriente sus inspiraciones espirituales. En este caso la ideología antirreligiosa no tiene por qué aplicarse

a las espiritualidades no religiosas. Entonces no se ve por qué haya que mantener una laicidad oficial que descarte activamente lo espiritual, al tratarse de una dimensión con valores igualmente interesantes como los que ofrecen las estéticas o las éticas. Es pues toda la sociedad la que ha de vivir de modo desacomplejado una nueva valoración positiva de lo espiritual, y finalmente también de lo religioso (que frecuentemente es el ámbito de lo espiritual), en la medida en que ambos garanticen una aceptable no interferencia social inoportuna y una presentación mental no patológica.

De este nuevo paradigma puede ser un ejemplo Hubert Reeves. Este autor, eminente astrofísico y profesor de Cosmología, ha publicado un libro sobre meditaciones cósmicas. (24). En este libro aparecen las ciencias, las reflexiones filosóficas, las alusiones religiosas y espirituales, los ejercicios de meditación y los enigmas vitales y trascendentales en forma libre y no ideológica, para que participen en la promoción de lo humano por cualquier camino fiable. El texto va acompañado de deliciosos modelos de meditación basados en la cosmología pero que pueden figurar al lado de clásicos modelos estoicos, sugerencias místicas cristianas o sufíes, o invitaciones hindús, budistas o taoístas para adquirir la iluminación o la sabiduría.

Este nuevo paradigma puede ofrecer interesantes puntos de vista que la Antropología Biológica ofrece a la Psiquiatría actual.

Referencias bibliográficas

1. Tomás JL, Galiana L, Sancho P, Oliver A. A Double Test of the Importance of Spirituality, the "Forgotten Factor", in Successful Aging. *Soc. Indic. Res.*, 2016. 127: 1377-1389.
2. Lauricella S. The Ancient-Turned-New Concept of "Spiritual Higiene": An Investigation of Media Coverage of Meditation from 1979 to 2014. *J. Relig. Health.* 2016. 55: 1748-1762.
3. Sadat hoseini AS, Razaghi N. A Concept Analysis of Spiritual Health. *J. Relig. Health.* 2019. 58:1025-1046.
4. Van den Heuvel MP, Scholtens LH, Cahn W. Evolutionary modifications in human brain connectivity associated with schizophrenia". *Brain.* 2019. 142: 3991-4002.
5. Kanton S, Boyle MJ, He Z, Santel M, Weigert A, Sanchis-Calleja F, Guijarro P, Sidow L, Fleck JS, Han D, Qian Z, Heide M, Hutter WB, Khaitovich JS, Pääbo S, Treutlen B, Camp JG. Organoid single-cell genomic atlas uncovers human-specific features of brain development". *Nature.* 2019. 574:418-422.
6. Okon-Singer H, Hendler T, Pessoa L, Shackman AJ. The neurobiology of emotion-cognition interactions: fundamental questions and strategies for future research. *Frontiers in human neuroscience.* 2015. Vol 9. Art. 58.
7. Damasio A. Y el cerebro creó al hombre. Barcelona. Destino. 2010.

8. Wang Y, Olson IR. The Original Social Network: White Matter and Social Cognition". *Trends in Cognitive Science*. 2018. 22: 504-516.
9. Dahl CJ, Lutz A, Davidson RJ. Reconstructing and deconstructing the self: cognitive mechanisms in meditation practice". *Trends in Cognitive Science*. 2015. 19: 515-523.
10. Kabat-Zinn J. *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona. Kairos. 2016.
11. Hadot P. *Ejercicios espirituales y filosofía antigua*. Madrid. Siruela. 2006.
12. Kim JJ, Cunnignton R, Kirby JN. The neurophysiological basis of compassion. An fMRI meta-analysis of compassion and its related neural processes. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2020. 108:112-123.
13. Srinivasan. J. (Ed). *Meditation. Progress in Brain Research*. 244. Cambridge. USA. 2019.
14. Plinio SD, Perrucci MG, Aleman A, Ebisch SJH. I and Mi: Brain systems integrate and segregate to establish a multidimensional sense of self. *Neuroimage*. 2020. 205:1-13.
15. Forbes. TA, Gallo V. All Wrapped Up : Environmental Effects on Myelination". *Trends in Neuroscience*. 2017. 40:572-587.
16. Bower JE, Irvin MR. Mind-body therapies and control of inflammatory biology: A descriptive review. *Brain, Behavior and Immunity*. 2016. 51:1-11.
17. Conklin. QA, Crosswell AD, Saron CD, Epel ES. Meditation, Stress processes and telomere biology. *Current Opinion in Psychology*. 2019. 28:92-101.
18. Steinhubl SR, Wineinger NA, Patel S, Boeldt DL, Mackellar G, Porter V, Redmon JT, Muse ED, Nicholson L, Chopra D, Topol EJ. Cardiovascular and nervous system changes during meditation. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2015. 9:145.17.
19. Kaliman. P. Epigenetics and meditation. *Current Opinion in Psychology*. 2019. 28:76-80.
20. Sharp PB, Sutton BP, Paul EJ, Sherepa N, Hillman CH, Cohen NJ, Kramer AF, Prakash RS, Heller W, Telzer EH, Barbey AK. Mindfulness training induces structural connectome changes in insula networks. *Scientific Reports*. 2018. 8:1-10.
21. Miller S, Balodis IM, McClintock CH, Xu J, Lacadie CM, Sinha R, Potenza MN. Neural Correlates of Personalized Spiritual Experiences. *Cerebral Cortex*. 2019. 29:2331-2338.
22. Schoenberg PL, Vago DR. Mapping meditative states and stages with electrophysiology: concepts, classifications and methods. *Current Opinion in Psychology*. 2019. 28:211-217.
23. Lin Y, Callahan CP, Mosr JA. A mind full of Self: Self-referential processing as a mechanism underlying the therapeutic effects of mindfulness training on internalizing disorders". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2018. 92:172-186,
24. Reeves H. *Meditaciones cósmicas*. Madrid. Alianza Ed. 2019.

VULNERABILIDAD Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Josep Tresserras Basela

Director Gerente de Som –Fundació Catalana Tutelar.

tresserras@somfundacio.org

Resumen

Este artículo es una reflexión sobre la vulnerabilidad y discapacidad intelectual: Qué entendemos por vulnerabilidad y con qué factores se relaciona la vulnerabilidad; si ésta forma parte de la condición del ser humano. Nos adentramos en saber en qué momentos de la vida somos más vulnerables. La vulnerabilidad como principio de la bioética y su relación con la dependencia, el cuidado y la misericordia: esto nos ayuda a ver a los otros a través de la misericordia y el cuidado, a pesar de su vulnerabilidad como un ser bonito y agradable al que hay que ayudar.

Nos preguntamos si la discapacidad intelectual lleva intrínseca la vulnerabilidad y, adentrándonos en el Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, con-

cluimos que no es diferente de la del resto de personas sin discapacidad intelectual.

Abordamos cómo podemos gestionar la vulnerabilidad de las personas y si con esta gestión se puede eliminar o modificar. El contexto de la persona es importante en el tratamiento.

Las personas con discapacidad intelectual sin los apoyos necesarios en la toma de decisiones se ven más expuestas que las personas sin discapacidad intelectual; y pueden verse más expuestas a ser vulnerables, en situaciones de abuso, maltrato o violencia. El “agradismo” y la soledad son dos situaciones que hacen a estas personas más vulnerables.

Palabras clave: Vulnerabilidad, Discapacidad Intelectual, Dependencia, Cuidado, Derechos.

Abstract

This article is a reflection about vulnerability and intellectual disability: What we understand for vulnerability and what factors it is related with; if vulnerability is part of the human being condition. We go thoroughly in knowing in which moments of life we are vulnerable. Vulnerability as a principle of bioethics and its relationship with dependency, care and mercy: this helps us to see the others through mercy and care, in spite of their vulnerability as a nice and pleasant human being who must be helped.

We ask ourselves if intellectual disability leads inherently to vulnerability and, taking into consideration the Convention of Rights of the Persons with Disability, we conclude that their situation is no different from the rest of the persons without Intellectual Disability.

We tackle how to deal with vulnerability in persons and if with this treatment, it can be eliminated or modified. The context of the person is important in the treatment.

The persons with intellectual disability without the required supports in their decision-making are more exposed than the persons without intellectual disability; and they may be more exposed to be vulnerable in situations of abuse, ill-treatment, or violence. "Fondness" and loneliness are two situations that make these persons more vulnerable.

Key Words: Vulnerability, Intellectual Disability, Dependency, Care, Rights.

Presentación Som fundació catalana tutelar

Som Fundació Catalana Tutelar fue creada el año 1987.

Nuestra finalidad es dar apoyo en la toma de decisiones a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo que tienen la capacidad modificada en Catalunya.

Actualmente atendemos a más de 600 personas.

Nuestra misión ayudar a las personas a las que apoyamos a tener una vida feliz.

Definición de vulnerabilidad

Al hablar de vulnerabilidad nos tenemos que situar, ante todo, en qué entendemos por vulnerabilidad y cómo se define: Podríamos convenir que una persona vulnerable es aquella a quien se puede herir y/o dañar, física o moralmente. Es decir, vulnerar es dañar y/o perjudicar.

Cuando hablamos de discapacidad intelectual y vulnerabilidad, pensamos inmediatamente en fragilidad y, por tanto, pensamos en los más débiles. Además, la asociamos con el abuso y el daño.

Sin embargo, la vulnerabilidad va mucho más allá: no solo está asociada a aspectos puramente negativos, por lo que, al hablar de vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual, tenemos que ver si ésta, la vulnerabilidad, es condición intrínseca de este grupo de personas.

El profesor de Moral Javier de la Torre Díaz, en su artículo "Vulnerabilidad. La profundidad de un principio de bioética"¹, reflexiona sobre la vulnerabilidad y la dependencia a partir de la obra de Alasdair MacIntyre² y sostiene que la vulnerabilidad es parte esencial del ser humano. Desde que nacemos

hasta que morimos la vulnerabilidad está presente en nuestras vidas. Sin embargo, la vulnerabilidad se hace más evidente cuando coincide con nuestra dependencia, de la que hablaremos después más detalladamente.

Además, superada la etapa de la infancia, en nuestra etapa adulta, y antes de la vejez, también nos encontramos en situaciones y/o etapas de vulnerabilidad, pudiendo incluso llegar a ser dichas situaciones permanentes como, por ejemplo, situaciones de enfermedad, de debilidad e incluso situaciones emocionales (enamoramiento, duelo...).

El antropólogo Lluís Duch también nos dice que los seres racionales somos vulnerables porque tenemos conciencia de nuestra finitud o, dicho simple y llanamente, que moriremos. Ya no estamos expuestos solo en momentos determinados y determinantes de nuestra existencia, sino que Duch sitúa la vulnerabilidad en la propia esencia del ser humano, remarcando que esto es lo que nos hace distintos de los seres no racionales. Estos, al no saberse finitos, no tienen conciencia de ser vulnerables.

En su *Antropología de la vida cotidiana*³ Duch reflexiona sobre las que él denomina "estructuras de acogida". Los seres humanos somos animales simbólicos, esto es, finitos, **vulnerables**, frágiles. Estamos sometidos a incesantes e inacabables procesos de contextualización, porque no podemos eludir la historia y las historias, porque somos herederos de un mundo que no hemos escogido y porque deseamos lo infinito, porque vivimos expuestos al azar y a la contingencia... Por todo esto, necesitamos ser acogidos y reconocidos.

Hemos visto que A. McIntyre relacionaba dependencia y vulnerabilidad. Y lo hace describiendo que la auténtica relación humana integra la dependencia como parte de las relaciones. Vivimos en medio de redes de

reciprocidad (padres, familia, amigos, profesores...) que nos han hecho o ayudado a ser cada vez más independientes. Estas relaciones de reciprocidad nos llevan, como adultos, a reconocer no solo la dependencia, sino que nos sitúan en deuda con otros. El reconocimiento de esta dependencia nos lleva, así mismo, a reconocer una tarea esencial del ser humano: **el cuidado**. Y también nos lleva a la consideración afectuosa del otro, al que cuidamos, como dependiente.

Esta relación con el otro que necesita ser cuidado, digámoslo así también, esconde un riesgo o amenaza: la explotación y la manipulación del otro. Es aquí, precisamente, donde aparecen de nuevo los conceptos de abuso y daño.

Tras esta breve reflexión, podríamos recapitular afirmando que todos somos vulnerables y además nos sabemos vulnerables, como seres racionales.

Por otro lado, el profesor J. De la Torre sitúa la vulnerabilidad como un principio de la bioética. En su reflexión y visión teológica de la misma, y siguiendo a MacIntyre, la relaciona con la misericordia hacia los demás. Según él, a través de la misericordia nos acercamos a los más necesitados. Miramos más allá de la fealdad con la que vemos la pobreza y la enfermedad, y acabamos dándoles valor. Aquello que considerábamos feo, mediante la misericordia lo vemos bello y bondadoso en los otros, porque en ellos reconocemos nuestra propia vulnerabilidad.

De la Torre concluye diciendo que tenemos cierta vinculación previa con el otro, ciertas obligaciones con los vulnerables, lo que hace que un principio evidente de la ética sea la atención, el cuidado y la protección al vulnerable, que van más allá de estereotipos, normativismos, paternalismos y voluntarismos, más allá del victimismo y de las heridas.

De esta manera, lo que constituye nuestra humanidad vulnerable y la vivencia de nuestra vulnerabilidad nos hace reconocer el valor de los vulnerables.

Volvemos a lo dicho anteriormente: la vulnerabilidad es, por tanto, intrínseca a la naturaleza humana: todos somos vulnerables.

Si somos todos vulnerables, nos tenemos que preguntar si hay personas más vulnerables que otras o si hay grupos a los que identificamos como más vulnerables. Supongamos que una característica determinada, como puede ser la discapacidad, hace que todas las personas que tengan dicha característica sean más vulnerables que el resto de las personas que no la tienen, es decir, las personas sin discapacidad.

Aún podemos ir un poco más allá y preguntarnos: ¿las personas con discapacidad intelectual son más vulnerables que las personas con discapacidad?

Si afirmamos que sí, ¿estamos poniendo una nueva etiqueta a las personas con discapacidad, por considerarlas más vulnerables que las demás? ¿Y a las personas con discapacidad intelectual? Diríamos que les pondríamos una doble etiqueta.

De admitir este supuesto, estamos estableciendo escalas de vulnerabilidad. Tendríamos que ver a qué tipos de discapacidad situamos en cada escalón o grado, y dónde colocaríamos la discapacidad intelectual, tal como se ha hecho con la dependencia, por ejemplo.

Es sólo un ejemplo, pero ahí podríamos empezar a hablar, en el mismo sentido, de pobres, analfabetos, más o menos cultos, en función de la educación recibida, y así un largo etcétera.

De entrada, si admitimos estos supuestos, nos encontramos en un callejón sin salida.

Con todo, cuando hablamos de discapacidad intelectual y vulnerabilidad, estas se

nos aparecen como un binomio inseparable y lógico. Reconocemos en la discapacidad intelectual un plus de vulnerabilidad respecto a la que tienen otras personas que no tienen discapacidad intelectual.

Si hemos dicho que la vulnerabilidad es propia de la condición humana, podemos considerar que tener una discapacidad intelectual no implica, en sí, un plus de vulnerabilidad. Habrá situaciones en que la persona será más o menos vulnerable, independientemente de su discapacidad intelectual.

Me remitiré brevemente a la *Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad*⁴. En ella se insiste que cualquier persona con discapacidad es igual a cualquier otra persona sin discapacidad.

Y aunque sea una comparación, no sé si poco afortunada o no, la vulnerabilidad no es propia, como hemos dicho, de la discapacidad ni de la discapacidad intelectual, por sí misma. Lo es del ser humano racional, por el hecho de serlo y por tener consciencia de su propia finitud.

La *Convención* reitera que para que la persona pueda tomar decisiones necesita los apoyos y las salvaguardas necesarias para garantizar que se respete su voluntad y sus preferencias. Quisiera entender que estas salvaguardas también deben ayudar a “fortalecer” a la persona frente a su vulnerabilidad y prevenirla de posibles riesgos.

Hecho este paréntesis, y volviendo a la reflexión que veníamos haciendo, si la vulnerabilidad no es una condición de las personas con discapacidad intelectual, nos tenemos que preguntar cómo abordarla.

La vulnerabilidad de una persona se puede deber a diversas circunstancias: ser mayor, estar enfermo, ser mujer, tener una discapacidad, tener una discapacidad intelectual, ser menor. También influye el entorno: vivir en una institución, en un país extranjero,

ser migrante. Podemos añadir la posición social, ser minoría étnica, la exclusión social, la pobreza.

Evidentemente pueden confluír más de una de estas situaciones.

Para abordar la vulnerabilidad nos va a ayudar la filósofa argentina Florencia Luna⁵ con su artículo sobre *Vulnerabilidad: la metáfora de las capas*.

Luna mantiene que la vulnerabilidad que caracteriza a una persona puede alterarse o modificarse. Considera que la vulnerabilidad no es una característica esencial que las personas posean, y por tanto no debería ser entendida como una categoría. Sin embargo, aún considerando la vulnerabilidad intrínseca a la naturaleza humana, como hemos visto anteriormente, Luna nos ayuda a poder tratarla y minimizarla.

Según F. Luna, la vulnerabilidad debería ser pensada mediante la idea de capas. Esta idea nos ofrece flexibilidad en la concepción de la vulnerabilidad.

Podemos identificar diferentes capas de vulnerabilidad en las personas. Y en este proceso de identificación vemos cómo estas capas se expresan e interactúan con el contexto.

Luna propone poder identificar las distintas capas de vulnerabilidad, en situaciones concretas, para poder ir trabajando los distintos aspectos que se manifiestan y así poder eliminarlos, para evitar los aspectos negativos que la vulnerabilidad identifica, relacionados, como hemos indicado en un inicio de esta exposición, con el abuso y el daño.

Esta visión de Florencia Luna sobre la vulnerabilidad nos resitúa para poder ver que cada persona es única con sus circunstancias y, por tanto, en línea con la *Convención*, la vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual, en relación con la dependencia y el cuidado, deberá trabajarse

en su justa medida; pero al mismo tiempo podremos trabajar aquellos aspectos negativos para poderlos ir eliminando o minimizando. Además, nos ayudará a ir pensando en diferentes maneras de protección o apoyo dependiendo del tipo de capa del que se trate.

Existen personas vulnerables, con y sin discapacidad, y tenemos la obligación de trabajar en la atención que les prestamos a diario, tanto con la persona como con el entorno, para que la discapacidad intelectual, en sí misma, no sea una de las causas de vulnerabilidad.

Creo que esto nos remite a la introducción de la *Convención* cuando en el preámbulo nos dice que la discriminación por razón de discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano⁶.

En nuestra experiencia como Fundación que da apoyo a personas con discapacidad intelectual en la toma de decisiones, personas que tienen la capacidad modificada, nos hemos encontrado, como se podrán imaginar, en muchas situaciones en las que la vulnerabilidad de las personas se ha puesto de manifiesto.

Como se señala en un estudio X. Etcheberría y de varios autores más, sobre el maltrato de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo⁷, se reconoce una especial vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual al maltrato, abuso o violencia en los diferentes entornos en los que participan.

El maltrato inferido a una persona con discapacidad intelectual, por el mero hecho de serlo, es una de las expresiones más dramáticas de la vulneración de la dignidad humana.

La especial vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual se debe rela-

cionar casi siempre con la vulneración de sus derechos: vulneración al derecho de la integridad física o psíquica, derecho de participación, de información y un largo etcétera. Podríamos aprender la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, pues se puede llegar a dar en casi todos ellos.

La relación de la vulnerabilidad con la discapacidad intelectual la acostumbramos a asociar no solo con el daño y abuso sino también con el riesgo que las personas pueden llegar a asumir al tomar una decisión.

Cuando tomamos decisiones, valoramos pros y contras, y hacemos un cálculo del riesgo, muchas veces de forma inconsciente.

Estas decisiones, cuando son más complejas, entrañan un **riesgo** mayor y provocan en algunos casos que nos expongamos a una vulnerabilidad mayor.

En nuestros esquemas tradicionales de cuidado protector y paternalista con las personas con discapacidad intelectual, asumimos inconscientemente que son vulnerables y tendemos a evitar que se expongan a riesgos. Con ello, no dejamos que ellas tomen ciertas decisiones para evitar posibles sufrimientos y daños, según nuestro punto de vista, y además consideramos muchas veces que nuestras decisiones son las más beneficiosas, lo cual no siempre es cierto.

Es evidente que la *Convención de derechos de las personas con discapacidad* nos señala otro camino. Debemos ayudar a que las personas, con la información suficiente, adaptada y comprensible, puedan valorar el riesgo y si este es un riesgo que asumiríamos cualquiera de nosotros, ellos y ellas deben tomar sus propias decisiones, con el riesgo que conlleve.

Para ilustrar lo dicho anteriormente lo mejor es poner algunos ejemplos:

- Persona adulta con discapacidad intelectual, entre los 25 -30 años. Fallecen en poco tiempo madre, hermano y padre. Se queda sola, con unos tíos con los que tenía poca relación y unos primos segundos. En los 20 años que venimos relacionándonos con ella, hemos visto cómo nos íbamos convirtiendo en su único referente. Le aterra pensar que podemos desaparecer. En todo este tiempo ha aflorado un trastorno mental, siempre relacionado con la pérdida de relación con las personas de la entidad. Cuando se da esta situación, necesita huir de las voces que le dicen que nos vamos a morir todos.
- Persona adulta con familia, con la que se relaciona poco. Vive sola. De vez en cuando nos dice que ha encontrado pareja con la que quiere establecer una relación estable. Estamos de acuerdo en empezar a ver las posibilidades al respecto. Cuando conocemos a la presunta pareja, descubrimos que el único interés es el económico y la presente pareja desaparece. No había ningún vínculo de estima o enamoramiento.
- Persona adulta que no acepta su discapacidad intelectual, y rechaza todo tipo de apoyo que se le presta, familia ausente y muy problemática, con trabajo en una empresa ordinaria. En un momento determinado es detenido en la oficina de correos al recoger un paquete, llevado al calabazo y acusado de tráfico de drogas. Pide que nos avisen, no tiene otro referente. Lo dejan salir y nos explican los cargos que se le imputan: tráfico de drogas y ser el cabecilla de la red de tráfico. En un primer momento lo niega, el solo recoge paquetes, que llegan a su nombre en la oficina de correos, se lo ha pedido un amigo suyo del barrio donde vive. Con

ayuda de la guardia civil, le explicamos a lo que se expone, por ser el cabecilla y por la cantidad de droga que recibe. El caso se resuelve en el mismo juicio cuando oye a su presunto amigo culparlo a él de todo el montaje. Gracias a la declaración de la guardia civil que manifiestan que se había utilizado a esta persona por su discapacidad intelectual sale bien parado en el juicio. Esta persona acaba con una pequeña condena y una multa considerable para sus ingresos. Después de este episodio, toma consciencia de su discapacidad intelectual y acepta el apoyo que se le está dando.

Podríamos seguir con ejemplos similares, en los que el abuso y daño ha sido igual o mayor, pero creo que con estos ejemplos ilustramos lo que queríamos decir.

Como fruto de nuestra experiencia como Fundación tutelar en la atención y apoyo a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en la toma de decisiones, nos viene llamando la atención lo que hemos denominado “agradismo”, el deseo de agradar, que hace que las personas con discapacidad intelectual se muestren más vulnerables.

Situaciones en las que las personas con discapacidad intelectual por falta de un entorno estable familiar, o por no tener familia, llegan a experimentar la soledad. Soledad que experimentan a pesar de estar acompañados y a la que muchas veces no le prestamos suficiente atención.

El afán de superar esta situación, junto a la no aceptación de la discapacidad intelectual por uno mismo, o de los entornos sociales próximos a las personas, creemos, llevan a estas personas a tener necesidad de sentirse queridos y aceptados, para no sentirse solos, entrando en situaciones complejas de abuso o maltrato, donde se muestra de forma cruda la vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual.

A modo de conclusión:

La vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual en su interrelación con la dependencia requiere una atención especial. Es necesario ahondar en la ética del cuidado, para que esta sea

respetuosa con la persona y prevalezcan sus derechos.

Es importante poder trabajar sobre la vulnerabilidad para poderla reducir o minimizar, en / y con las personas con discapacidad intelectual.

Entendemos que la vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual en algunos casos se puede minimizar, ofreciendo la información suficiente, para poder tomar decisiones, dejando atrás paternalismos protectores.

El análisis de situaciones o políticas sociales que hacen que las personas con discapacidad intelectual sean más vulnerables, ayudará a poder abordarlas para cambiarlas y así favorecer a las personas a vivir más dignamente.

Referencias

1. De la Torre Díaz FJ, “Vulnerabilidad. La profundidad de un principio de bioética”, *Perspectiva Teológica*, v. 49, n. 1 (2017), pp. 155-176.
2. De la Torre Díaz FJ, “Dependencia y vulnerabilidad en la filosofía moral de Alasdair MacIntyre”, *Revista Iberoamericana de Bioética* 5 (2017), pp.1-18.
3. Duch LL, *Antropología de la vida cotidiana*, 1. Simbolismo y salud, Trotta 2002.

4. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE no96. 21 de abril de 2008.
5. Luna F. "Vulnerabilidad: la metáfora de las capas", *Jurisprudencia Argentina IV*, fascículo 1 (2008), pp 60-67.
6. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Preámbulo h
7. Etxeberria X, Goikoetxea M, Martínez N, Pereda T, Jauregi A, Brosa J, Posada G, García-Landarte V, Enfoque ético del maltrato a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos n. 71. Bilbao, Universidad de Deusto 2013.

EFICACIA DE DOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN PERSONAS CON FIBROMIALGIA Y AFECTACIÓN EMOCIONAL

Nuria Miguel-de Diego

Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia.
nurimiguel@hotmail.com

Isabel Serrano Pintado

Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.

Juan Delgado Sánchez-Mateos

Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.

Resumen

La fibromialgia afecta en gran medida a la calidad de vida de las personas que la sufren, así como a su funcionalidad, especialmente si la persona presenta síntomas comórbidos de ansiedad y/o depresión, lo que resalta la importancia del tratamiento psicológico. El objetivo del presente trabajo es comparar la eficacia de dos tratamientos cognitivo-conductuales breves en personas con diagnóstico de fibromialgia y con afectación emocional. Participaron un total de 44 personas (42 mujeres y 2 hombres) divididos en dos grupos de tratamiento: uno de ellos elaborado únicamente con componentes convencionales de la terapia cognitivo-conductual (grupo A) y

el otro con los mismos componentes más un componente añadido de expresión emocional a través del dibujo (grupo B). Se encontraron puntuaciones significativamente mejores ($p < 0,05$) después de aplicar cualquiera de los dos tratamientos en las siguientes áreas: funcionalidad, percepción del dolor, ansiedad, depresión, catastrofismo, miedo al movimiento, estrategias de afrontamiento activo y percepción de autoeficacia. Se concluye que los resultados obtenidos apoyan la eficacia de ambos tratamientos cognitivo-conductuales para personas con fibromialgia y afectación emocional.

Palabras clave: fibromialgia, ansiedad, depresión, tratamiento cognitivo-conductual.

EFFICACY OF TWO COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENTS IN PEOPLE WITH FIBROMYALGIA AND EMOTIONAL INVOLVEMENT

Abstract

Fibromyalgia largely affects the life quality of people suffering from it, as well as its functionality, especially if the person has comorbid symptoms of anxiety and/or depression, which highlights the importance of psychological treatment. The objective of this study is to compare the efficacy of two brief cognitive-behavioral treatments in people with a fibromyalgia diagnosis and emotional involvement. A total of 44 people enrolled in the study (42 female, 2 male), divided within two treatment groups: one of them made only with conventional components of cognitive-behavioral therapy (group A) and the other with the same components plus an added component of emotional expression through drawing (group B). Significantly better scores were found ($p < 0.05$) after applying any of the two treatments in the following areas: functionality, pain perception, anxiety, depression, catastrophism, fear of movement, active coping strategies and self-efficacy perception. It is concluded that the results obtained support the efficacy of both cognitive-behavioral treatments for people with fibromyalgia and emotional involvement.

Key Words: fibromyalgia, anxiety, depression, cognitive-behavioural therapy.

Introducción

La fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor crónico músculo-esquelético generalizado, no explicable, de carácter crónico y que cursa en brotes variando la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo (1). Además del dolor, la fibromialgia se asocia a otros síntomas como fatiga, alteraciones del sueño, rigidez matutina, ánimo deprimido, alteraciones cognitivas y un abanico de síntomas relacionados con el estrés y disfunciones neuroendocrinas e inmunológicas (1) (2) (3).

Según los datos del estudio EPISER (4) la prevalencia de la fibromialgia en España se sitúa en torno al 2,4% de la población, siendo este dato uno de los más citados en la bibliografía sobre fibromialgia y considerándose vigente en la actualidad (1) (5). Una cifra importante y a tener en cuenta, ya que esta enfermedad supone un impacto directo sobre la calidad de vida de los pacientes, sobre su ámbito familiar y social y tiene graves repercusiones directas e indirectas a nivel económico, laboral y de costes sanitarios (6) (7) (8) (9).

Ya se ha señalado que existe una alta asociación entre fibromialgia y ansiedad y depresión. Se considera que la presencia de síntomas emocionales (ansiedad y/o depresión) comórbidos con la fibromialgia crónica y empeoran el curso y evolución de la enfermedad (10), interfiriendo negativamente sobre el dolor, las limitaciones funcionales y la calidad de vida (11) y, a su vez, el dolor exacerba las manifestaciones de ansiedad y depresión (12).

Así mismo, la presencia de cogniciones disfuncionales se considera factor mediador para una peor funcionalidad, mayor percepción del dolor y mayor malestar emocional (13) (14). A este respecto, existe evidencia sobre el efecto negativo en el dolor cróni-

co y en la fibromialgia que tiene el alto catastrofismo (13) (14) (15) (16) (17), alto miedo al movimiento (18) (19), baja autoeficacia (14) (20) (21) (22) y baja aceptación y uso de conductas de afrontamiento (13).

El abordaje de la fibromialgia más ampliamente recomendado es el multicomponente (5) (23). Teniendo en cuenta la influencia de los aspectos psicológicos anteriormente citados, es lógico que en estos pacientes las terapias psicológicas ayuden a reducir los síntomas y a mejorar el funcionamiento diario (24). El tratamiento psicológico recomendado por las guías clínicas y el que mayor grado de evidencia reúne es el tratamiento cognitivo-conductual (2) (23) (25).

La terapia cognitivo-conductual incluye gran variedad de técnicas, lo que provoca que bajo esa nomenclatura existan diferentes combinaciones de tratamientos (5). Así mismo, no existe un acuerdo en torno a cuántas sesiones son necesarias y suficientes para este tipo de patología, oscilando la mayoría de los estudios entre 6 y 20 sesiones (24).

Por otro lado, es interesante el vínculo arte-salud que se está estudiando desde hace décadas, de hecho la utilización de la práctica artística se está empezando a aceptar en el contexto de los centros de salud comunitarios (26) (27). En relación con esto, existen estudios en los que se está investigando la utilización de las actividades artísticas en el tratamiento de la fibromialgia con resultados prometedores en cuanto a comprensión de la enfermedad por parte de los afectados y aumento de la satisfacción personal (28) (29) (30).

Además, las actividades artísticas son una manera de trabajar la expresión emocional, elemento importante a considerar en el tratamiento de la fibromialgia, ya que se ha relacionado una menor expresión emocional con mayor experiencia dolorosa (31).

Teniendo todo esto en cuenta, con este estudio se pretende elaborar, comprobar y comparar la eficacia de dos tratamientos cognitivo-conductuales, uno de ellos con elementos convencionales y el otro con los mismos componentes más un componente añadido de expresión emocional a través del dibujo. Es importante que ambos tuvieran base cognitivo-conductual ya que es el tratamiento que más evidencia ha aportado, así mismo se ha pretendido que fuera un tratamiento corto, de 6 sesiones de duración para comprobar si con ese número reducido ya se provocan cambios.

Las hipótesis de las que partimos iban en la dirección de encontrar resultados significativamente mejores en la evaluación post-tratamiento que en la previa al tratamiento y que estas diferencias a su vez iban a ser significativamente mejores en el grupo de tratamiento al que aplicamos el tratamiento con componente de expresión emocional añadido que los del tratamiento convencional.

Método

Participantes

Accedieron a participar 64 personas, sin embargo, completaron el tratamiento 44 de ellas (lo que supone una muerte experimental de la investigación del 31,25%), todas diagnosticadas de fibromialgia y con síntomas de ansiedad y/o depresión. Recibieron el tratamiento cognitivo conductual 22 personas (Grupo A), y las otras 22 (Grupo B) recibieron el mismo tratamiento con el componente añadido de expresión emocional a través del dibujo. Las características demográficas de ambos grupos muestrales aparecen en la tabla 1.

La selección se realizó en el primer trimestre de 2017, en colaboración con médicos de Atención Primaria de Palencia. Se seleccionaron los participantes mediante muestreo incidental consecutivo, asignándose a uno u otro grupo teniendo en cuenta edad y sexo y según el orden de llegada.

Los criterios de inclusión fueron: tener entre 18 y 70 años, estar diagnosticado de fibromialgia desde al menos 6 meses, presentar síntomas de ansiedad y/o depresión, no tener diagnóstico de enfermedad mental grave (esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, trastornos bipolares), retraso mental, demencia ni daño cerebral adquirido y no manifestar problemas de alcoholismo ni drogadicción. Así mismo, todos los participantes del estudio debían firmar el consentimiento informado para poder participar.

Instrumentos

Se comprobaron los criterios de inclusión y se recogieron los datos demográficos mediante entrevista clínica. Se utilizaron los siguientes instrumentos para obtener las medidas pre y post-tratamiento:

- Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF) (32), versión española del *Fibromyalgia Impact Questionnaire*.
- Escala Visual de Intensidad del Dolor, versión numérica (EVA numérica).
- Adaptación española de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*) (33).
- Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico (CADC) (34).
- Escala de pensamientos catastrofistas ante el dolor, adaptación española del PCS (*Pain Catastrophizing Scale*) (35).
- Escala de Miedo al Movimiento, adaptación española del TSK (*Tampa Scale for Kinesiophobia*) (18).

- Subescala de Estrategias de Afrontamiento del ICAF (índice combinado de afectación de enfermos con fibromialgia) (36).

Procedimiento

Se trata de un estudio cuasi-experimental, realizado en el contexto de la investigación aplicada durante la realización de una tesis doctoral, con los casos clínicos diagnosticados disponibles en ese momento. La selección de muestra y aplicación de tratamientos se realizó en el servicio de Salud Mental del Complejo Asistencial Universitario de Palencia entre los meses de enero y mayo de 2017, habiéndose obtenido previamente la aprobación de la Comisión de Investigación y Biblioteca y del Comité Ético de Investigación Clínica y, como ya se ha señalado anteriormente, siendo necesario que los participantes firmaran el consentimiento informado.

Es un diseño pre-postest, con dos grupos experimentales que recibieron tratamientos diferentes, aplicados por el mismo psicólogo. Ambos tratamientos constaban de 6 sesiones, de frecuencia semanal, cada sesión era de aproximadamente 2 horas. Ambos tienen una base cognitivo-conductual y el esquema de cada sesión es el mismo en ambos:

- Dudas de la sesión anterior y revisión de tareas.
- Contenido teórico y espacio para compartir sus experiencias.
- Ejercicios sobre el contenido teórico. En el caso del tratamiento B, se añadieron ejercicios de dibujo/pintura.
- Práctica de una técnica de relajación.

En la tabla 2 se ofrece el contenido general de cada sesión (común a ambos tratamientos). Así mismo, en la tabla 3 se ofrecen los ejercicios específicos del programa B.

Análisis de datos

Se realizaron análisis estadísticos exploratorios, descriptivos e inferenciales siguiendo el Modelo Lineal General, utilizando el programa SPSS 22 para Windows. Se realizó un análisis de varianza para un diseño factorial mixto 2 x 2 (Pre/Post-tratamiento, como variable intra; Tipo de tratamiento, como variable inter). Se propuso una tasa de error a priori del 5 % (“alpha” = 0,05).

Resultados

En la tabla 4 se ofrecen los estadísticos descriptivos de los instrumentos de evaluación. Todas las variables cumplen los supuestos de normalidad, homocedasticidad y esfericidad.

Los resultados del análisis de varianza se presentan en la tabla 5. Se analiza el efecto de la variable “Pre/Post-tratamiento” en cada una de las áreas estudiadas, así como su interacción con la variable “Tipo de tratamiento”.

En esta tabla podemos observar que efectivamente existen diferencias estadísticamente significativas en todas las áreas evaluadas con tamaños de efecto que se sitúan por encima del 60% de varianza explicada por el tratamiento en todas las áreas salvo en “estrategias de afrontamiento pasivo” en la que el tamaño de efecto no alcanza el 17%. Este hecho puede observarse en la gráfica de interacción (Figura 1) en la que se observa cómo se superponen en gran medida los intervalos de confianza al 95% (37). A pesar de que la probabilidad asociada al estadístico F ($p = 0,006$) sea muy inferior a nuestra tasa de error a priori (“alpha” = 0,05), es un resultado que suscita dudas respecto de la eficacia global del tratamiento sobre las estrategias de afrontamiento pasivo.

Volviendo a la tabla 5, también podemos observar que la interacción entre el factor Pre/Post tratamiento y el Tipo de Tratamiento no es significativa en ninguna de las áreas, lo que quiere decir que no hay efecto diferencial de los dos Tipos de Tratamiento en ninguna de ellas.

Discusión

Uno de los objetivos de este estudio era comprobar la eficacia de dos tratamientos cognitivo-conductuales relativamente breves (6 sesiones) en personas con fibromialgia y afectación emocional. Los datos que hemos obtenido indican que las medidas obtenidas después del tratamiento son mejores: ha aumentado la funcionalidad (menor impacto funcional de la enfermedad), la utilización de estrategias de afrontamiento activo y la autoeficacia y ha disminuido la percepción del dolor, la ansiedad, la depresión, el catastrofismo y el miedo al movimiento. Sin embargo, en el área de estrategias de afrontamiento pasivo los resultados no permiten concluir claramente si el tratamiento ha sido o no eficaz. Desde la perspectiva de la significación estadística, cabría concluir que lo han sido. El tamaño del efecto no es tan grande como en otras áreas, pero no es inestimable. En cambio, el solapamiento de los intervalos de confianza al 95% indicaría que las diferencias son atribuibles al error muestral. Estos cambios han ocurrido de igual manera en los participantes que recibieron el tratamiento A como en los que recibieron el tratamiento B.

Es importante señalar que podemos considerar con cierta certeza que los cambios entre el pretratamiento y el postratamiento se deben efectivamente al tratamiento gracias a la alta variabilidad (varianza) asociada al

tratamiento obtenida en cada una de las variables. Esto quiere decir que el tratamiento explica un alto porcentaje de las diferencias obtenidas, siendo mucho menor el porcentaje asociado a otras condiciones como por ejemplo el mero paso del tiempo.

La mejoría referida por los participantes es congruente con los metaanálisis y guías clínicas que recomiendan el tratamiento cognitivo-conductual en la fibromialgia. Por ejemplo, la guía del Ministerio de Sanidad de España (23) concluye que hay evidencia sobre el efecto beneficioso de este tipo de terapia sobre el control del dolor, malestar físico y estado de ánimo en pacientes con fibromialgia. En la misma línea, varios metaanálisis y revisiones concluyen que la terapia cognitivo-conductual en estos pacientes tiene efectos positivos sobre la depresión, funcionalidad, alivio del dolor y calidad de vida entre otros (2) (24) (25) (38).

Existe numerosa literatura científica que evidencia la existencia de correlación entre malestar emocional (ansiedad y/o depresión), percepción del dolor y funcionalidad (11) (12) (39) (40) (41) (42), por lo que nos parece coherente que las variaciones en cualquiera de estos constructos produzca a su vez variaciones en los otros. Ahora bien, consideramos que la mejoría sobre estos tres factores ha venido determinada por la intervención sobre catastrofismo, miedo al movimiento, estrategias de afrontamiento activas y percepción de autoeficacia, ya que son numerosos autores los que consideran estos constructos como mediadores de los anteriores, evidenciando los efectos negativos que tienen sobre la percepción de salud, malestar emocional, sensación de dolor y discapacidad asociada en personas con fibromialgia (13) (14) (43).

Otro de nuestros objetivos era comprobar las diferencias existentes entre los dos

protocolos de tratamiento que hemos propuesto. Sin embargo nuestra hipótesis de que el tratamiento cognitivo-conductual al que añadimos un componente de expresión emocional a través del dibujo iba a demostrar mejores resultados que el tratamiento cognitivo-conductual convencional no ha recibido el apoyo de nuestros datos. Para formular esta hipótesis nos basábamos en los beneficios referidos en la literatura científica de las actividades artísticas, pudiendo ser utilizadas como vía de expresión emocional y como trabajo terapéutico propiamente dicho en la dirección de conseguir una mayor apertura a la resignificación de los eventos (44).

Una posible explicación que nos damos a por qué este componente no ha aportado un mayor beneficio a la TCC convencional es que había participantes a los que no les gustaba dibujar o no estaban acostumbrados a ello unido al hecho de que en cada sesión se destinaba un tiempo muy limitado a esta actividad (aproximadamente 20 minutos), tiempo que un principio nos pareció suficiente, pero que es posible que si hubiera sido más extenso podría haberse explotado mejor y animado en mayor medida a desarrollar esta actividad. No obstante, si se hubiera programado así, nos hubiéramos encontrado con el problema de que ambos tratamientos no eran completamente comparables al destinar a uno de ellos un número de sesiones significativamente mayor. Y en el caso de haber desarrollado el segundo programa eliminando otros componentes convencionales para ajustar el tiempo, nos encontraríamos con el problema ético de que a un grupo le estamos ofreciendo un tratamiento experimental diferente sustancialmente al tratamiento considerado de elección dentro de un entorno asistencial.

Por lo tanto, ambos tratamientos parecen producir cambios positivos en las variables estudiadas (exceptuando las estrategias de afrontamiento pasivo) en igual medida. Además, es interesante recordar que no solo se debe tener en cuenta el criterio estadístico, que nos permite hablar de diferencias estadísticamente significativas, sino también el criterio práctico, según el cual podemos considerar que las diferencias encontradas después de los tratamientos son importantes, puesto que inciden directamente en una mejora de la funcionalidad en la vida cotidiana y disminuyen la sintomatología emocional.

A modo de resumen y como conclusión, se puede decir que los resultados de este trabajo apoyan la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales relativamente breves (6 sesiones) para personas diagnosticadas con fibromialgia y que presentan afectación emocional, pudiéndose considerar importantes las diferencias encontradas tras la aplicación de los tratamientos, ya que éstos han supuesto una mejora en la funcionalidad de los participantes y una disminución de la sintomatología emocional. Aunque en este trabajo no se ha podido comprobar la existencia de mayor eficacia al añadir un componente de expresión emocional a través del dibujo, se ofrece el tratamiento estructurado con este componente como una herramienta más de tratamiento disponible, puesto que sí se ha demostrado que las personas con fibromialgia y afectación emocional se pueden beneficiar de él tanto como del tratamiento cognitivo-conductual propuesto sin dicho componente.

Sin embargo, este estudio también cuenta con ciertas limitaciones. Las dos principales que destacamos para tener en cuenta en futuras investigaciones sobre el tema es la ausencia de un grupo control placebo y la

ausencia de seguimiento a largo plazo para comprobar si los resultados se mantienen y para investigar si con el paso del tiempo los resultados obtenidos con un tratamiento son superiores a los obtenidos con el otro.

Otra línea futura de investigación que se plantea es analizar si resulta más adecuado o eficaz utilizar el programa cognitivo-conductual convencional o el que integra el componente de expresión emocional a través del dibujo en función de las características personales de los posibles pacientes.

Referencias

1. Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Med Clínica*. 2017; 149: 441-448.
2. Ángel-García D, Martínez-Nicolás I, Saturno-Hernández PJ. Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. *Reumatol Clin*. 2016; 12: 65-71.
3. Collado A, Torres X, Arias A, Solé E, Salom L, Gómez E, Arranz L. La fibromialgia, consejos y tratamientos para el bienestar. Barcelona, Amat editorial, 2016.
4. Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid, Sociedad Española de Reumatología; 2001.
5. Buitrago F, Tejero M, Gato C, Rivera N, Pérez FL. Abordaje integrado de la

- fibromialgia. FMC, formación médica continuada. 2017; 24: 395-404.
6. Lledó A, Pastor MA, Pons N, López-Roig S, Terol MC. Comparing fibromyalgia patients from primary care and rheumatology settings: clinical and psychosocial features. *Rheumatol Int.* 2009; 29: 1151-1160.
 7. Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Carmona L, Castel B, Collado A, Esteve JJ, Martínez FG, Tornero J, Vallejo MA, Vidal J. Documento de consenso de la sociedad española de reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006; 2(S):55-66.
 8. Rivera J, Rejas J, Esteve-Vives J, Vallejo MA, grupo ICAF. Resource utilization and health care costs in patients diagnosed with fibromyalgia in Spain. *Clin Exp Rheumatol.* 2009; 56(S):39-45.
 9. Sicras-Mainar A, Rejas J, Navarro R, Blanca M, Morcillo A, Larios R, Velasco S, Villarroja C. Treating patients with fibromyalgia in primary care settings under routine medical practice: a claim data base cost and burden of illness study. *Arthritis Res Ther.* 2009; 11(2): R54.
 10. Revuelta E, Segura E, Paulino J. Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor.* 2010; 17: 326-332.
 11. Yi TI, Kim BK, Ha SA, Lim JY. (2014). The relationships between determination of treatment success and emotional factors in patients with chronic musculoskeletal pain. *Ann Rehabil Med.* 2014; 38: 77-83.
 12. Arango-Dávila CA, Rincón-Hoyos HG. Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016. doi: 10.1016/j.rcp.2016.10.007.
 13. Lami LJ, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI, Guzmán MA. Catastrophizing, acceptance and coping as mediators between pain and emotional distress and disability in fibromyalgia. *J clin psychol med settings.* 2018; 25: 80-92.
 14. Zafra-Polo MT, Pastor-Mira MA, López-Roig S. Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al Movimiento y resultados de salud en la Fibromialgia. *An psicol.* 2014; 30: 104-113.
 15. Buenaver LF, Edwards RR, Smith MT, Gramling SE, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain-coping in Young adults: Associations with depressive symptoms and headache pain. *J Pain.* 2008; 9: 311-319.
 16. García-Campayo J, Rodero B. La catastrofización ante el dolor en la fibromialgia. *Jano.* 2011; 60: 59-61.
 17. Vowles KE, McCracken LM, Eccleston C. Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance and catastrophizing. *Eur J Pain.* 2007; 11: 779-87.
 18. Gómez-Pérez L, López-Martínez AE, Ruiz-Párraga GT. Psychometric properties of the spanish version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). *J Pain.* 2011; 12: 425-435.

19. Turk DC, Robinson JP, Burwinkle T. Prevalence of fear of pain and activity in patients with fibromyalgia syndrome. *J Pain*. 2004; 5: 483-90.
20. González JL, Peñacoba C, Velasco L, López A, Mercado F, Barjola P. Recursos cognitivos de percepción de control, procesos de estrés/ recuperación y malestar afectivo en fibromialgia. *Psicothema*. 2009; 21: 359-368.
21. Lledó A, Pastor MA, Pons N, López Roig S, Rodríguez-Marín J, Bruehel S. Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *Int J Clin Health Psychol*. 2010; 10: 459-476.
22. Pastor MA, Lledó A, Pons N, López-Roig S. Dolor y fibromialgia. Aportaciones desde la psicología. En: *Fibromialgia y promoción de la salud: Herramientas de intervención psicosocial*. Peñacoba C (coord). Madrid, Dykinson; 2011: 76-122.
23. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. (2011). *Guía de Práctica Clínica de Fibromialgia*. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fifi-brfifibr.pdf>.
24. Bernardy K, Klose P, Welsch P, Häuser W. Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgiasyndrome - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain*. 2018; 22: 242-260.
25. Pérez-Aranda A, Barceló-Soler A, Andrés-Rodríguez L, Peñarrubia-María MT, Tuccillo R, Borraz-Estruch G, García-Campayo J, Feliu-Soler A, Luciano JV. Description and narrative review of well-established and promising psychological treatments for fibromyalgia. *Mindfulness Compassion*. 2017; 2: 112-129.
26. Lafrenière D, Hurlimann T, Menuz V, Goudard B. Healthresearch: Ethics and the use of arts-based methods in knowledge translation processes. *Int J Creat Arts Interdiscip Pract*. 2012; 11: 1-26.
27. Vanegas-Farfano MTJ, Quezada-Berúmen LC, González-Ramírez MT. Actividades artístico-recreativas y estrés percibido. *Ansiedad y Estrés*. 2016; 22: 68-73.
28. Guiote A. Arteterapia y fibromialgia: lenguajes del cuerpo. *Arteterapia*. 2011; 6: 119-133.
29. Guiote A. Arteterapia y fibromialgia: las resistencias del dolor. *Arteterapia*. 2012; 7: 261-278.
30. Parente S. Expresión artística del cuerpo para mujeres con fibromialgia. *Arteterapia*. 2013; 8: 61-70.
31. Truyols MM, Pérez-Pareja J, Medinas MM, Palmer A, Sesé A. Psychological aspects relevant to chronic pain research and treatment. *Clin Sal*. 2008; 19: 295-320.
32. Esteve-Vives J, Rivera J, Salvat MI, de Gracia M, Alegre de Miquel C. Propuesta de una versión de consenso del Fi-

- bromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatol clin.* 2007; 3: 21-24.
33. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pinro L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psych.* 2003; 25: 277-283.
 34. Martín-Aragón M, Pastor MA, Rodríguez-Marín J, March MJ, Lledó A, López-Roig S, Terol MC. Percepción de autoeficacia en dolor crónico. Adaptación y validación de la Chronicpainsself-efficacy scale. *Rev Psicol Salud.* 1999; 11: 53-75.
 35. García-Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (PainCatastrophizingScale) en la fibromialgia. *Med clínica.* 2008; 131: 487-492.
 36. Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J. Development of a self-reporting tool to obtain a Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF). *Health Qual Life Outcomes.* 2010; 8 (2). doi:10.1186/1477-7525-8-2.
 37. Cumming G, Finch S. Inference by Eye: Confidence Intervals and How to Read Pictures of Data. *Am Psychol.* 2005; 60: 170-180.
 38. Glombiewski JA, Sawyer AT, Guter-mann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG. Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain.* 2010; 151: 280-295.
 39. Aguglia A, Salvi V, Maina G, Rossetto I, Aguglia E. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates. *J Affect Disord.* 2011; 128: 262-266.
 40. De Souza J, Potvin S, Goffaux P, Charrest J, Marchand S. The deficit of pain inhibition in fibromyalgia is more pronounced in patients with comorbid depressive symptoms. *Clin J Pain.* 2009; 25: 123-127.
 41. Phillips L, Stuifbergen A. Therelevance of depressivesymptoms and social support to disability in women with multiple sclerosis or fibromyalgia. *Int J Rehabil Res.* 2010; 33: 142-150.
 42. Xie J, Bi Q, Li W, Shang W, Yan M, Yang Y, Miao D, Zhang H. (2012). Positive and negative relationship between anxiety and depression of patients in pain: a bifactor model analysis. *Ploso-ne.* 2012; 7: 1-7.
 43. Denison E, Asenlöf P, Sandborgh M, Lindberg P. (2007). Musculo-skeletalpain in Primary Health Care: Subgroups based on pain intensity, disability, self-efficacy, and fear-avoidance variables. *J Pain.* 2007; 8: 67-74.
 44. Van Lith T, Fenner P, Schofield M. The lived experiences of art making as a companion to the mental health recovery process. *Disabil Rehabil.* 2011; 33: 652-660.

Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos

	GRUPO A (N=22)	GRUPO B (N=22)
Edad en años		
Media (DT)	51,73 (9,498)	51,50 (8,954)
Sexo, n (%)		
Hombres	1 (4,5%)	1 (4,5%)
Mujeres	21 (95,5%)	21 (95,5%)
Estado civil, n (%)		
Soltero/a	6 (27,3%)	1 (4,5%)
Casado/a	14 (63,6%)	14 (63,6%)
Separado/a	0 (0%)	7 (31,8%)
Viudo/a	2 (9,1%)	0 (0%)
Nivel de estudios, n (%)		
Primarios	6 (27,3%)	1 (4,5%)
Secundaria y Bach	14 (63,6%)	14 (63,6%)
Ciclos formativos	0 (0%)	7 (31,8%)
Universitarios	2 (9,1%)	0 (0%)
Situación laboral, n (%)		
Ama/o de casa	8 (36,4%)	8 (36,4%)
Con empleo	6 (27,3%)	6 (27,3%)
Desempleado/a	4 (18,2%)	5 (22,7%)
Baja laboral	4 (18,2%)	3 (13,6%)

N: número de participantes; DT: desviación típica; %: porcentaje

Tabla 2. Contenido de cada sesión, común a ambos programas

	TEMA	CONTENIDO
Sesión 1	Introducción. La fibromialgia	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre la fibromialgia. - Psicoeducación sobre el funcionamiento del dolor.
Sesión 2	El dolor crónico y las distorsiones cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre el funcionamiento del dolor. - Factores que lo agravan. - Identificación de distorsiones cognitivas. - Técnica de relajación: respiración abdominal.
Sesión 3	Las emociones	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre las emociones. - Pautas de gestión emocional saludable. - Técnica de relajación: el jardín privado.
Sesión 4	Impacto de la enfermedad. Estrategias para la vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de uso cotidiano: marcarse un ritmo, priorizar, pedir ayuda, establecimiento de metas realistas, estrategia de resolución de problemas. - Reflexión sobre metas vitales. - Técnica de relajación: relajación por autosugestión.
Sesión 5	Impacto de la enfermedad en las relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de estilos de comunicación. - Pautas de asertividad. - Técnica de relajación: respiración atenta.
Sesión 6	Repaso y recaídas	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de lo aprendido. - Elaboración de plan de acción para futuros brotes. - Repaso de la técnica de relajación más votada por los participantes.

Tabla 3. Contenido específico del programa B

	TEMA
Sesión 1	Justificación del uso del dibujo como una herramienta que favorece la expresión emocional, la distracción cognitiva y sirve como actividad relajante y de ocio.
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> - Representa lo que es para ti el dolor con un dibujo, una mancha de color, garabato... Se comentan los dibujos. - Teniendo en cuenta las variaciones del dolor en función de los factores que hemos visto, retoca el dibujo para que represente un dolor manejado. Se comentan los dibujos.
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> - Representa la tristeza con un dibujo, una mancha de color, un garabato... Se comentan los dibujos. - Piensa en la última vez que te sentiste triste, cómo te hacían sentir esos pensamientos, las sensaciones físicas... mira el dibujo y retócalo para que represente o integre tu experiencia. Se comentan los dibujos.
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> - Piensa en los cambios que has experimentado con la enfermedad y representa cómo te hacen sentir con un dibujo, una mancha de color, un garabato... Se comentan los dibujos. - Teniendo en cuenta las diferentes estrategias que se pueden utilizar, coge el dibujo y modifícalo para integrar en él la sensación de tener cierto control sobre los cambios. Se comentan los dibujos.
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> - Piensa en cómo te hacen sentir los cambios que has experimentado en tus relaciones sociales y represéntalo con un dibujo, mancha de color, garabato... Se comentan los dibujos. - Teniendo en cuenta que con la propia conducta podemos modular las interacciones, modifica el dibujo anterior para integrar en él la sensación de control. Se comentan los dibujos.
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> - Piensa sobre tu futuro y representa la sensación que te hace sentir con un dibujo, una mancha de color, un garabato... Se comentan los dibujos. - Fíjate en tu dibujo, si te gusta lo que has dibujado déjalo así; en caso contrario, modifícalo para que represente algo con lo que te sientas a gusto. Se comentan los dibujos.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones directas de todas las variables objeto de estudio

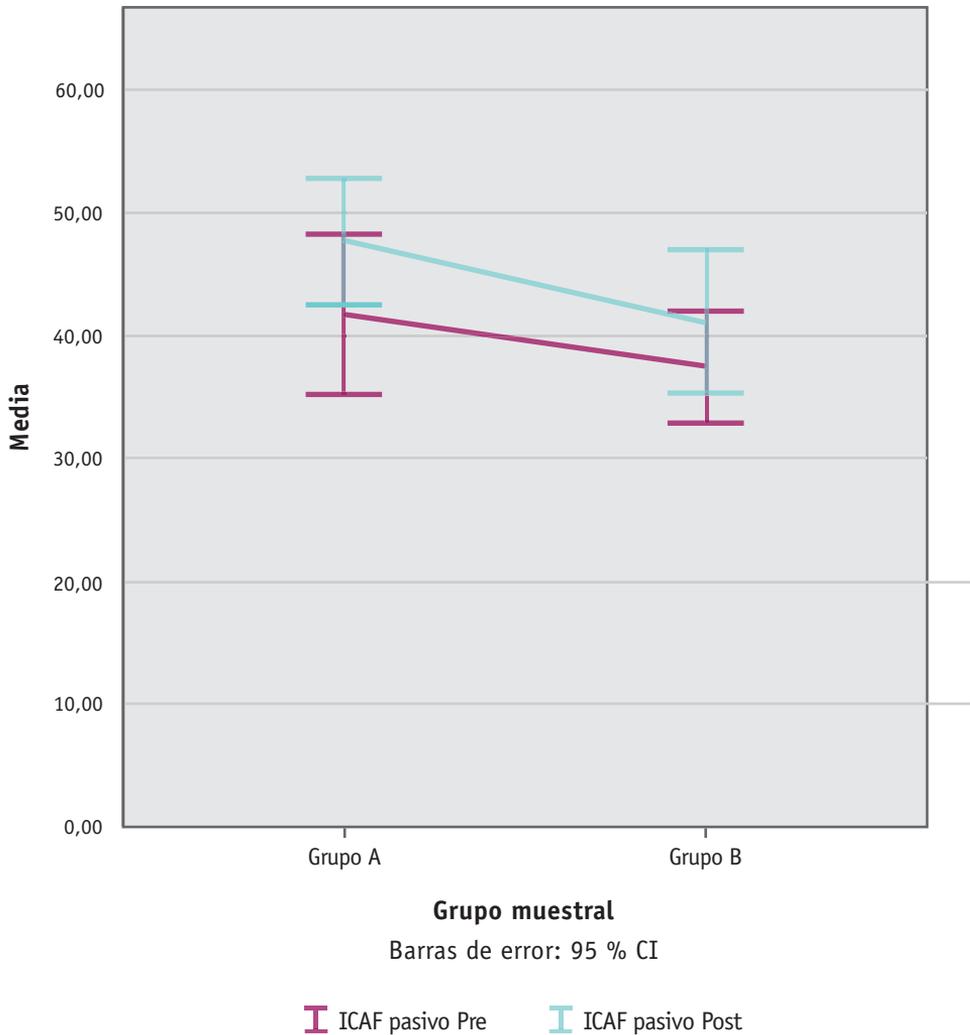
		Grupo A (N=22)		Grupo B (N=22)	
		Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Funcionalidad (FIQ)	Pre	75,6136	7,96341	77,6827	7,80268
	Post	60,7873	11,13889	62,4377	10,70258
Percepción del dolor (EVA)	Pre	7,9545	1,04550	8,5000	1,10195
	Post	6,5455	1,33550	6,7273	0,93513
Ansiedad (HADS ans.)	Pre	13,6364	3,03229	14,9545	3,24371
	Post	9,4091	2,40355	10,1364	2,79958
Depresión (HADS depr.)	Pre	11,5455	3,63485	13,2273	3,76616
	Post	8,2273	2,70681	9,5909	2,90581
Miedo al movimiento (TSK)	Pre	29,7727	6,16389	31,2727	5,58213
	Post	24,0455	4,33675	25,6364	5,40322
Afrontamiento activo (ICAF act.)	Pre	45,8636	19,19150	38,6364	18,32133
	Post	64,8182	11,64816	57,0909	17,30100
Afrontamiento pasivo (ICAF pas.)	Pre	41,7273	14,64885	37,4091	10,43481
	Post	47,6364	11,52862	41,0909	13,12544
Catastrofismo (PCS)	Pre	35,2273	8,90656	35,7273	7,94134
	Post	25,2727	9,34106	26,7727	7,45738
Autoeficacia (CADC)	Pre	81,7273	25,72600	67,9091	30,99756
	Post	109,1818	22,88197	98,7273	27,00473

N: número de participantes; *Pre*: pretratamiento; *Post*: postratamiento.

Tabla 5. Análisis de varianza en cada una de las áreas objeto de estudio

		F	Significación (p)	Eta parcial al cuadrado (η)
Funcionalidad (FIQ)	FIQ	140,052	,000	,769
	FIQ*Grupo	,027	,0870	,001
Percepción del dolor (EVA)	EVA	71,757	,000	,631
	EVA*Grupo	,937	,339	,022
Ansiedad (HADS ans.)	HADSans	220,882	,000	,840
	HADSans*Grupo	1,920	,337	,022
Depresión (HADS depr.)	HADSdepr	99,815	,000	,704
	HADSdepr*Grupo	,209	,650	,005
Miedo al movimiento (TSK)	TSK	78,971	,000	,653
	TSK*Grupo	,005	,944	,000
Afrontamiento activo (ICAF act.)	ICAFact	97,277	,000	,698
	ICAFact*Grupo	,017	,896	,000
Afrontamiento pasivo (ICAF pas.)	ICAFpas	8,515	,006	,169
	ICAFpas*Grupo	,459	,502	,011
Catastrofismo (PCS)	PCS	127,274	,000	,752
	PCS*Grupo	,356	,554	,008
Autoeficacia (CADC)	CADC	83,400	,000	,665
	CADC*Grupo	,278	,601	,007

Figura 1. Gráfica de interacción de la variable de estrategias de afrontamiento pasivo



VALORACIÓN DE RESULTADOS EN EL GRUPO MULTIFAMILIAR A TRAVÉS DEL SCORE-15: UN ESTUDIO PILOTO

Casilda M. Ojuo Fernández

Psicóloga Clínica.

Unitat de Salut Mental l'Hospitalet de Llobregat. Institut Català de la Salut.

coujo@ambitcp.catsalut.net

Juana Calleja Martín

Psicóloga Clínica.

Unitat de Salut Mental l'Hospitalet de Llobregat. Institut Català de la Salut.

Mariona Guardia Sans

Psiquiatra.

Hospital de Día Hospitalet. Benito Menni Centro Asistencial en Salud Mental.

Oriol Imbernon Valiente

Trabajador social.

Servei d'Atenció Primària Anoia. Institut Català de la Salut.

Carles Pérez i Testor

Psiquiatra y profesor titular de la FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llul.

*Comunicación oral presentada en el
XV Congreso Internacional RELATES 2019,
celebrado en Barcelona del 27 al 29 de Junio.*

Resumen

Se describe el grupo multifamiliar que está en marcha desde Septiembre de 2012 en L'Hospitalet de Llobregat. Un grupo que atiende a personas diagnosticadas de trastorno mental severo y sus familiares, con el objetivo general de mejorar su salud y calidad de vida. Se trata de facilitar la comunicación para trabajar aspectos relacionales y vinculares. Se pretende ofrecer un espacio donde poder pensar conjuntamente las experiencias vividas en la propia familia.

El SCORE-15 es un cuestionario que se ha demostrado útil para analizar los cambios en terapia de familia. Estudiamos su aplicabilidad en el contexto de terapia de grupo multifamiliar. Se investiga si los asistentes y los terapeutas observan cambios en el funcionamiento de la familia a lo largo de varias sesiones del grupo multifamiliar.

Es un estudio observacional en un contexto asistencial público. Se invita a participar en el estudio a los nuevos participantes del grupo multifamiliar entre Enero y Julio de 2017, se les aplica el cuestionario SCORE en 3 ocasiones: antes de comenzar su vinculación al grupo, al cabo de 3 sesiones y en la última sesión.

En base a los resultados obtenidos, valoramos el SCORE-15 como una herramienta útil a incluir en el proceso terapéutico de las personas que participan en el grupo multifamiliar que nos permite disponer de un registro de los cambios que se producen a nivel de funcionamiento familiar.

Palabras clave: trastorno mental severo, terapia de grupo multifamiliar, SCORE-15.

VALORATION OF THE RESULTS IN THE MULTIFAMILY GROUP VIA SCORE- 15: A PILOT STUDY

Abstract

It is described a multifamily group that has been ongoing in L'Hospitalet Llobregat since 2012. A group that handles both persons diagnosed with severe mental disorders and their families, with a general goal to improve their health and quality of their lives. It is about facilitating the communication in order to work on the rational and bonding aspects. It is intended to offer a space where it is possible to reflect together the experiences lived within their own family.

SCORE is a tool which turned out to be useful for analysis of the changes in family therapy.

We are studying its applicability in the context of multifamily group therapy.

It is being researched if the assistants and therapists observe the changes in the family function over the series of sessions in the multifamily group.

It is an observational study in the context of public assistance. New participants of a multifamily group are invited to participate between January and July 2017. SCORE is applied on 3 occasions: before starting their introduction to the group, after 3 sessions and in the last session.

Based on the obtained results, we evaluate SCORE- 15 as a useful tool to include persons who participate a multifamily group in a therapeutic process which further permits us have at our disposal a register of the produced changes at the level of family function.

Key Words: severe mental disorder, multifamily group therapy, SCORE-15.

Introducción

El grupo multifamiliar de L'Hospitalet es un grupo que atiende a personas con un diagnóstico de trastorno mental severo y sus familiares, con el objetivo general de mejorar su salud y calidad de vida. La particularidad de este grupo residen en que se encuentran simultáneamente pacientes identificados y sus familiares. Se trata de facilitar la comunicación para trabajar aspectos relacionales y vinculares, desde lo experiencial, desde la vivencia. Pretende ofrecer un espacio donde poder pensar conjuntamente las experiencias vividas en la propia familia: "poder pensar juntos lo que no se puede pensar solo" (1).

Este grupo terapéutico está en funcionamiento desde Septiembre 2012. Ubicado, durante el período que analizaremos, en la Unidad Polivalente de Salud Mental de L'Hospitalet (Benito Menni CASM). Los participantes vienen derivados desde los dispositivos comunitarios de salud mental del área sanitaria. Es un grupo de frecuencia semanal, de sesiones de hora y media de duración. Conducido en coterapia por 3 profesionales, con formación en psicoterapia individual, familiar y grupal. Los fundamentos teóricos que sustentan las intervenciones son psicodinámicos y sistémicos, estando muy presentes en la mente de los conductores, autores de referencia como García Badaracco (1) y Seikkula (2). Se trabaja desde lo que los miembros del grupo traen a la sesión: hablan de sí mismos, de sus vivencias y de sus propias dificultades a lo largo del proceso terapéutico. Es un grupo abierto, heterogéneo, flexible y no estructurado (3). Durante el período analizado en este estudio, de Enero a Julio de 2017, acuden una media de 13 participantes por sesión, los nuevos integrantes pueden incorporarse en cualquiera de las sesiones semanales.

En un contexto asistencial público, como en el que se desarrolla este grupo multifamiliar, donde los recursos son siempre limitados, resulta necesario investigar sobre la efectividad y eficiencia de nuestras intervenciones. Durante las visitas de seguimiento, el terapeuta referente puede recoger, a través del relato de la persona, su valoración. Pero, además, buscamos una medida cuantitativa, sencilla y ágil que nos permitiese asir con números estos cambios. Por estos motivos escogimos el SCORE-15: una herramienta que se ha demostrado sensible a los cambios en el funcionamiento familiar durante el proceso de terapia familiar o de pareja (4,5,6). Queremos, mediante este trabajo, estudiar su utilidad para recoger cambios en el funcionamiento de la familia a lo largo de varias sesiones del grupo multifamiliar. Y, valorar si ésta puede ser una herramienta útil para incorporar en nuestra labor asistencial.

La hipótesis principal es que el trabajo vivencial que se realiza en el grupo multifamiliar tiene una repercusión sobre las dinámicas familiares de los participantes.

Asimismo, nos planteamos que las puntuaciones totales del SCORE-15 informadas por los usuarios correlacionan con las observaciones realizadas por los conductores del grupo.

Método

Procedimiento

Realizamos un estudio observacional en un contexto asistencial público de salud mental comunitaria.

Previamente, se aprobó el proyecto de investigación en el comité de ética de investigación de Benito Menni (CASM).

Invitamos a participar en el estudio a los nuevos participantes que se incorporaron en

el grupo multifamiliar entre Enero y Julio de 2017. Solicitamos su consentimiento informado. Les administramos el cuestionario SCORE-15 en 3 ocasiones: antes de comenzar su vinculación al grupo (T1), al cabo de 3 sesiones (T2) y en la última sesión (T3) antes del descanso del grupo por vacaciones de verano. A su vez, los conductores del grupo responden a la versión para terapeutas que se les administra tras la tercera y la última sesión.

EL SCORE-15

Este cuestionario es una versión del SCORE-40, mucho más breve, su cumplimentación no excede los 10-15 minutos. Obtenemos una puntuación en la Escala Total y en 3 dimensiones: 1) Fortalezas y capacidad para adaptarse, 2) Preocupados o angustiados y 3) Dificultad para comunicarse.

Es un instrumento sensible al cambio durante el proceso terapéutico que a su vez permite identificar áreas de relevancia clínica para la intervención sistémica con familias y parejas. Al ser administrado durante 3 momentos diferentes durante el curso de la terapia, permite discernir si durante el tratamiento la familia ha cambiado y, en tal caso, en qué áreas lo ha hecho. Disponemos además de recientes datos de varemación con población española para tales fines (7).

Participantes

Aceptan colaborar en el estudio 12 personas, pero la muestra final es de 9 participantes, dado que 3 personas no llegan a vincularse al grupo ni cumplimentar, por tanto, todos los cuestionarios.

El perfil medio de la muestra de pacientes tiene una edad media de 51 años. Mayoritariamente son mujeres (78%). Un 56 %

sin pareja (soltera, casada o viuda), con un nivel de estudios medios (el 56%). El 89% se encuentra inactivo laboralmente durante su participación en el grupo (incapacidad laboral transitoria, jubilada o pensionista). El 68% tiene unos ingresos menores de 1000 .

Un 89% refiere disponer de apoyo familiar, un 67% que cuentan con apoyo social.

En cuanto a las características clínicas de la muestra: en primer lugar aparecen diagnósticos de trastorno del estado del ánimo (67%) y en segundo lugar diagnósticos en espectro de la psicosis (33%), con una importante presencia de comorbilidad (un 44%). Encontramos una media de 13 años de evolución desde haber comenzado a tratarse en la red de salud mental. Un 22 % informa haber participado previamente en tratamientos a nivel familiar y un 33 % en tratamientos grupales.

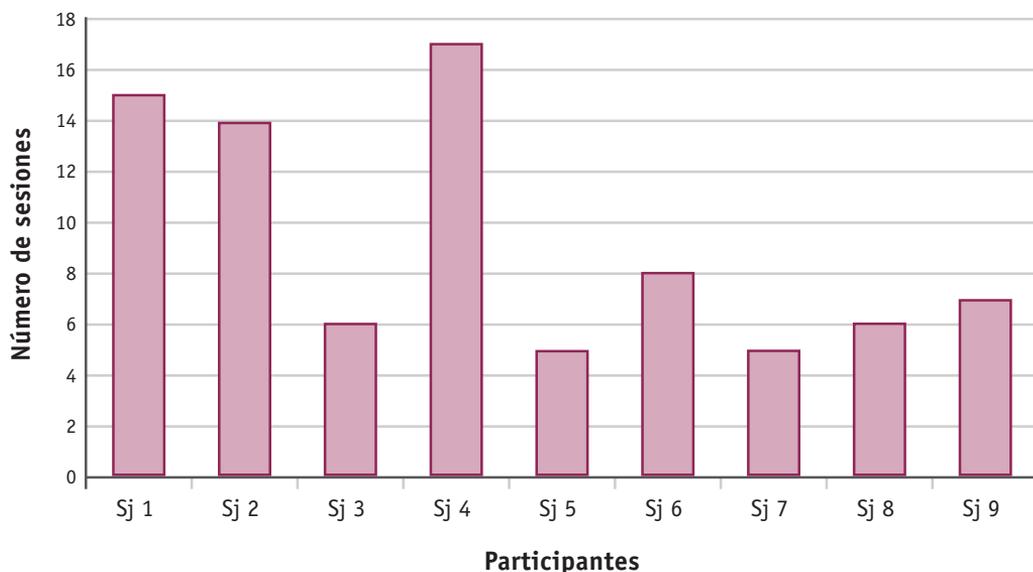
Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los datos recogidos empleamos el paquete SPSS.

Resultados

El número total de sesiones en que participaron las personas de nuestra muestra hasta llegar al momento de la tercera medida (T3) va desde un mínimo de 5 a un máximo de 17. Tres de los sujetos asistieron a entre 15 y 17 sesiones y los otros 6 sujetos asistieron a entre 5 y 8 (gráfico 1).

Gráfico 1. Asistencia



Para analizar si existen diferencias entre las puntuaciones totales de los usuarios en el SCORE-15 entre momento 1,2 y 3 empleamos la prueba t de Student, obteniendo los resultados que se presentan en la tabla 1. En-

contramos diferencias significativas entre las puntuaciones totales en el SCORE-15 entre los momentos T1 (antes de comenzar el grupo) y T2 (al cabo de las 3 primeras sesiones), informando de un mejor funcionamiento familiar.

Tabla 1. Diferencias entre las 3 mediciones SCORE-15

	<i>t de Student</i>	<i>p</i>
T1-T2	0.874	0.002
T2-T3	0.607	0.201
T1-T3	0.162	0.759

Desgranamos las 3 dimensiones del SCORE-15 y para analizar si existen diferencias entre las puntuaciones de los usuarios en los momentos 1,2 y 3, empleamos nuevamente la prueba t de Student, obteniendo los resultados que se presentan en la tabla 2. Encontramos diferencias significativas entre las puntuaciones en la dimensión 1 (Fortalezas

y capacidad para adaptarse) y 2 (Preocupados o angustiados) del SCORE-15 entre los momentos T1 (antes de comenzar el grupo) y T2 (al cabo de las 3 primeras sesiones), informando de una mayor fortaleza y capacidad para adaptarse y una menor preocupación o angustia.

Tabla 2. Diferencias por dimensiones SCORE- 15 en las 3 medidas

	<i>t de Student</i>	<i>p</i>
T1-T2		
Dimensión 1	t = 0.813	p = 0.008
Dimensión 2	t = 0.788	p = 0.012
Dimensión 3	t = 0.535	p = 0.138
T2-T3		
Dimensión 1	t = 0.558	P = 0.304
Dimensión 2	t = 0.596	p = 0.212
Dimensión 3	t = 0.752	p = 0.085
T1-T3		
Dimensión 1	t = - 0.157	P = 0.767
Dimensión 2	t = 0.490	p = 0.324
Dimensión 3	t = 0.034	p = 0.948

Para analizar si las puntuaciones referidas por los usuarios están relacionadas con las observaciones de los terapeutas conductores del grupo, empleamos el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 3). No se observa ninguna correlación significativa entre las puntuaciones totales en el SCORE-15 de los usuarios y las puntuaciones en los ítem 1 y 2 de la escala para el terapeuta del SCORE 15, en los momentos 2 y 3.

Tabla 3. Relación entre la PT SCORE y la medida de los terapeutas

	<i>Coefficiente de correlación de Pearson (r)</i>	<i>p</i>
T2 - terapeutas ítem 1	- 0.197	0.640
T2 - terapeutas ítem 2	- 0.286	0.493
T3 - terapeutas ítem 1	0.151	0.775
T3 - terapeutas ítem 2	0.0084	0.875

Discusión

Al principio de la intervención (de T1 a T2) se recoge un cambio significativo a nivel del funcionamiento familiar, pero en la segunda parte ya no se observa un cambio significativo (de T1 o T2 a T3).

Deberíamos tener en cuenta para futuros estudios la diferencia en la asistencia entre unos y otros sujetos (unos han acudido a 15 sesiones llegados a T3 y otros a 5).

Aunque no encontramos correlación entre las puntuaciones totales del SCORE-15 y las puntuaciones aportadas en los ítem 1 y 2 por los terapeutas, ha de tenerse en cuenta que los terapeutas conductores del grupo, en ocasiones, solo conocen al paciente o familia en este contexto grupal. Por lo que sería interesante recoger también la observación del terapeuta referente del centro de salud mental, quien conoce y acompaña a lo largo de todo el proceso terapéutico individualizado al paciente identificado.

Son muchas las limitaciones de este estudio, todas aquellas de las que sabemos adolecen los estudios de efectividad (en un contexto clínico real, con pacientes muy heterogéneos y con una elevada comorbilidad, con recursos asistenciales limitados...). Pero estas son, a su vez, sus fortalezas respecto a su validez ecológica.

Conclusiones

El SCORE-15 nos ha resultado una herramienta útil a nivel clínico, con sensibilidad a los cambios que se producen en el funcionamiento familiar. Nos proponemos incluirlo como rutina en la entrevista previa a la vinculación de la familia al grupo multifamiliar y en el seguimiento.

A la luz de los resultados obtenidos, nos planteamos investigar sobre cuál puede ser el papel de la alianza terapéutica en las diferencias observadas de T1 a T2.

En futuros, estudios con la finalidad de poder extraer conclusiones más robustas, nos proponemos incorporar datos de un grupo de comparación, formado por personas y familias con diagnóstico de trastorno mental severo en tratamiento en los dispositivos comunitarios del sector pero no vinculados al grupo multifamiliar, ampliar la muestra y el tiempo de las medidas de seguimiento.

Agradecimientos

A todos los participantes del grupo multifamiliar que aceptaron colaborar en este estudio desinteresadamente.

Referencias bibliográficas

1. García Badaracco, JE.: Psicoanálisis Multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. Buenos Aires: Paidós; 2000.
2. Seikkula, J. & Arnkil, TE.: Diálogos terapéuticos en la red social. Barcelona: Herder; 2016.
3. Oujo C, Calleja J, Guardia M, Imbernon O, Falgueras J, Rey M, Pérez i Testor C. Una experiencia de grupo multifamiliar en L'Hospitalet de Llobregat: una herramienta en el tratamiento del trastorno mental severo. Teoría y práctica grupoanalítica. 2018; 8 (1): 63-74.
4. Stratton P, Bland J, Janes E & Lask J. Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: The SCORE. Journal of Family Therapy. 2010; 32 (3): 232-258. DOI:10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x
5. Stratton P. The Evidence Base Of Systemic Family Therapy and Couples Therapy. Association for Family Therapy, UK. 2011. Disponible en: www.aft.org.uk
6. Stratton P & Carr A. The Score Family Assessment Questionnaire: A Decade of Progress. Family Process. 2017; 56 (2): 285-301.
7. Rivas G & Pereira R. Validación de una escala de evaluación familiar: adaptación del SCORE-15 con normas en español. Mosaico. 2016; 63.

TRANSDISCIPLINARIEDAD EN EL HOSPITAL DE DÍA

Carmen Muñoz Arca

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica

Hospital de Día de Adultos de Martorell, Hermanas Hospitalarias Sagrado Corazón de Jesús, Martorell

cmunyo2.hsagratcor@hospitalarias.es

Resumen

Propuesta de trabajo de equipo en el Hospital de Día de Adultos (HDA) bajo el paradigma de la trandisciplinariedad. Desde el reconocimiento de la interdependencia entre profesionales de las diferentes disciplinas, trabajar hacia generar espacios de construcción de los casos donde el protagonismo revierta en los pacientes. La propuesta sería concebir el caso como eje, motor y vector; el grupo como vida y el equipo como red de apoyo.

Palabras clave: Transdisciplinariedad, equipo, Hospital de Día.

Abstract

This is a proposal of teamwork at Day Hospital using the paradigm of trandisciplinarity. From the recognition of the interdependence between professionals of different disciplines, the aim is to work towards creating spaces for the construction of cases where protagonism return to the patients. The proposal is to conceive the case as axis, motor and vector, the group as life and the team as support network.

Key Words: Transdisciplinarity, team, day hospital.

Introducción

El Hospital de Día de Adultos (HDA) de Martorell pertenece a la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y es un servicio concertado con el CatSalut, integrado en la Red de Salud Mental y Adicciones de Cataluña. Con 15 años de existencia, es un recurso de acogida y tratamiento de los pacientes en crisis o emergencia de malestar psíquico; que vienen derivados desde unidades de atención intensiva y Centros de Salud Mental.

El HDA es un dispositivo afín a las líneas que priorizan las políticas del Plan director de Salud Mental y Adicciones, ya que permite: la flexibilidad, la promoción de derechos, la prevención de la exclusión y del estigma, la atención al paciente en vertiente de primera persona, la implicación de la familia desde el primer momento y el trabajo en red con otros servicios (sanitarios, sociales, mundo laboral, educación y justicia). (1)

Incluye unas variables que favorecen el consentimiento a la propuesta terapéutica:

- La voluntariedad,
- La compatibilidad con la vida diaria,
- La relativa proximidad al domicilio,
- El marco de flexibilidad de adaptación a la clínica de cada caso,
- La atención intensiva, la frecuencia y la duración,
- La disposición de una atención combinada entre lo individual, grupal y familiar,
- El desarrollo de la práctica clínica en equipo.

Permite observar:

- El modo de hacer en la vida diaria, en su estar a solas y en grupo.
- La diferencia entre la palabra y el acto.

- Cómo se formulan las demandas, cómo se hace cargo del malestar o cómo se rehúyen las ayudas.
- Cuál es la naturaleza de su angustia, como construye los síntomas y cuáles son las defensas que se pueden movilizar. (2)

Posibilita:

- Un clima de respeto a la particularidad.
- Darse un tiempo de espera, de conversación, de compañía y de diálogo.
- Estar con el paciente más allá de las visitas del despacho o de los grupos en las salas.
- Una atención que va más allá del diagnóstico y el tratamiento farmacológico.
- Un tiempo para la elaboración de los problemas.
- Comprender la configuración subjetiva del paciente, del contexto y plantear alternativas de recorrido terapéutico.

Por todo ello, a pesar de la gravedad de los casos que atendemos, las limitaciones institucionales y la dificultad propia de nuestra labor, el HDA podría considerarse un dispositivo privilegiado, tanto para la persona que acude, como para los profesionales que trabajamos en él. Nos permite observar, acompañar y tratar, con una mirada más cuidadosa, muchos aspectos de detalle que amplían los matices de la atención clínica. Y en particular como profesionales, el esfuerzo de confluir para establecer criterios comunes desde nuestros respectivos modelos disciplinarios.

Concepto de transdisciplinariedad

La etimología del término transdisciplinar viene del prefijo latino **trans-** que significa "de un lado al otro", y de **-disciplina** que significa "digno, discípulo y doctrina"; doctrinas o saberes que pasan de un lugar a otro, que están en tránsito.

La transdisciplinariedad en Salud Mental significa un encuentro confluyente, integral, no fragmentado, entre las disciplinas que abordan la Salud Mental. Está orientada a prevenir, mitigar y tratar problemas de la vida psíquica de los pacientes, abarcando su complejidad.

El movimiento intelectual y académico denominado Transdisciplinar propone a los equipos que trabajan con personas, ir más allá del encuentro entre diferentes disciplinas. Implica superar la parcelación de saberes y la hegemonía de unos sobre otros y evitar el riesgo que el paciente pase de profesional a profesional, o de servicio en servicio, sin una atención adecuada. (3)

Existe un Centro de Estudios Transdisciplinar, un Manifiesto editado sobre la Transdisciplina, y diversas publicaciones. Edgar Morin, Basarab Nicolescu y Paulo Freire, entre otros, teorizan sobre cómo se hace compatible el encuentro entre diferentes discursos o paradigmas. (4)

"Volvemos entonces a la imperiosa necesidad de proponer, vivir, aprender y enseñar un pensamiento complejo, que vuelva a tejer las disciplinas como posibilidad de humanidad en completud; y que sólo de esta manera se vence las evidentes limitaciones y fragmentación del Sujeto separado de sí Mismo en la búsqueda del conocimiento". (5)

Respecto al trabajo en equipo en la Red de Salud Mental Comunitaria, podríamos pensar que se ha dado una evolución progresiva.

Hace unos años hablábamos de saberes mono-disciplinarios como disciplinas absolutas, estamentadas y estratificadas. Luego se apostó por el trabajo multidisciplinar en red; y posteriormente llegó la era de la interdisciplinariedad donde cada profesional asume la responsabilidad de su función y se pactan objetivos coincidentes. En todos estos modelos, los intentos de encuentro entre disciplinas pueden ser parciales o interrumpidos, y se corre el riesgo de que el paciente pase de especialista en especialista o de servicio en servicio, sin referentes, restando desapercibido, cortocircuitado o sin ser comprendido. Actualmente la apuesta del paradigma transdisciplinario implica una confluencia integrativa de los diferentes saberes, donde todos dialogan, discuten y establecen consensos poniendo el caso como eje. (6).

Así, todos los profesionales con sus bases teóricas: enfermería, monitoría ocupacional, psiquiatría, educación social, trabajo social y psicología; renuevan su discurso para tejer un camino, que se irá modificando a partir de los retos que incorpore el caso.

La concepción sobre la persona que sufre también sigue actualizándose. El paciente ya no es alguien pasivo, ni disminuido, ni desviado, a quien se deba restituir o reeducar para que vuelva a la normalidad, sino que es una persona vulnerable, en crisis, que necesita de condiciones, tiempo, tratamiento y acompañamiento para estabilizarse, conocerse y recuperarse.

La condición humana y el sufrimiento psíquico es materia sensible y compleja. Por lo tanto, se hace necesario el encuentro imbricado y cooperativo entre los diferentes especialistas para comprender y tratar el caso. Es preciso ser cuidadosos para no mantener resistencias internas a los cambios, ni perpetuar relaciones laborales jerarquizadas y verticalizadas, evitando posiciones herméticas.

cas para no reproducir praxis iatrogénicas, coercitivas o estigmatizantes.

A pesar del viraje de los últimos tiempos hacia el paradigma organicista, en la actualidad se tiende a concebir que los trastornos mentales tienen un componente etiológico multifactorial: biológico, intrapsíquico, relacional, social y ambiental. Es más, en la puesta en marcha del trabajo integrativo se está priorizando la inversión del orden bio-psico-social en: social-psico y bio. (7)

Para establecer el trabajo cooperativo, los profesionales de las diferentes disciplinas deben seguir principios de inteligibilidad y de racionalidad múltiple, así como para incluir la función del tercero, aceptar la ambivalencia y la interdependencia. La vida personal y social se va volviendo más acelerada, más tecnificada y más compleja en todas sus dimensiones y los profesionales que nos encontramos en los equipos de trabajo debemos entendernos. En la mayoría de situaciones existe respeto, colaboración, e intento de confluencia, aunque "hablemos idiomas diferentes".

Cualquier conocimiento contiene implícito el problema de la verdad, el error y el desconocimiento. La idea es tratar de transitar hacia modelos lógicos alternativos que permitan un flujo de transmisión de los saberes en diferentes niveles de realidad y una integración recíproca. En la época clásica, lo expresaríamos como la convergencia entre ciencia, ética y arte. (8)

La transdisciplinariedad en el HDA

Dado que la realidad es poliédrica y compleja, proponemos construir nexos de unas disciplinas con otras, y practicar una ética de la verdadera conversación.

Transitando en relativizar o deconstruir ciertos parámetros como el diagnóstico, el pronóstico, la medicación; revisar medidas sobreprotectoras, reparadoras o protésicas (como las pensiones y la invalidez); y tener presente la lógica de "no hacer por el paciente sin el paciente." Reformular nuestro lugar de saber-poder, estatus, competencias,... en beneficio de los pacientes; probablemente unos profesionales deben perder verticalidad y otros inhibición.

Conviene la revisión y reformulación de las estructuras de cada disciplina mientras tejen lazos con las otras. Mover fronteras entre disciplinas no tiene porqué debilitarlas sino que las puede enriquecer con nuevos elementos y alternativas que amplifiquen la visión del caso; una disciplina avanza cuando sopesa un discurso diferente. El rigor de un saber radica en su no desentendimiento de los demás. Resulta imprescindible la disponibilidad de los profesionales implicados, que se generen espacios para la disensión, la deconstrucción, la destitución y la reinención, ya que el saber es dialéctico. La destitución no implica una pérdida de la función sino la apertura a un saber nuevo. (9)

Si podemos atravesar la pérdida del ideal de completud, podemos abrir nuevas perspectivas sobre el caso. Cuando nos centramos en el paciente, caso a caso, siempre quedan enigmas. Los enigmas del caso se conciben como una falta inherente, la idea de algo del caso que siempre queda por des-

cubrir; este vacío se puede leer en positivo, ya que hace mantener la sorpresa, como motor de búsqueda, e impulsa el trabajo cooperativo.

Una propuesta transdisciplinar

El dispositivo de la HDA se presenta como un lugar para apoyar a los pacientes en crisis. No se promete la curación, se busca cierta estabilización como parte de un recorrido; los efectos terapéuticos vienen por añadido. Pasar por el HDA implica un poner sobre la mesa y poner orden; dar lugar a un proceso de regulación y de recuperación.

Bajo el paradigma transdisciplinar, cada profesional del equipo participa vertiendo su visión, impresión, hipótesis, incorporando novedades, tejiendo propuestas, pero manteniendo interrogantes que hagan de motor. La puesta en común es continua, pero la intervención es individual. Cada profesional interviene desde su función, con su propio saber, con su estilo y su táctica, pero la estrategia es de conjunto y corresponde a la lógica común establecida en la orientación del tratamiento. (10)

La propuesta transdisciplinar implicaría concebir el caso como eje, motor y vector; el grupo como vida y el equipo como red de apoyo. Y sólo es posible si hay reconocimiento de la interdependencia entre profesionales y si hay disponibilidad para generar un espacio de construcción de los casos donde el protagonismo revierta en los pacientes.

El equipo que trabaja cohesionado, en continua conversación, de forma transversal y corresponsable, funciona como una isla donde el paciente puede apoyarse, como un ente propio con función de agente terapéutico. (11)

Nuestro encargo no es fácil, debemos acoger, escuchar y tratar a personas que sufren, cuando su malestar les ha provocado una disrupción vital. Nos es preciso configurar un espacio de acogida sin prejuicios psicopatológicos, ni socioculturales, donde cada sujeto pueda encontrar un lugar donde depositar sus producciones y testimonios respecto su malestar, su historia y sus avatares de vida. Pero en equipo no estamos solos ante esta circunstancia, entre todos generamos una cohesión que crea una atmósfera, un clima que se contagia al grupo de pacientes. Este clima-atmósfera hace operar al equipo como un "otro de contraste", de diferencia, que despierta un efecto de novedad y de respeto, en tanto se muestra como no completo, discreto y regulado. (12)

El equipo es de varios y es mutante, van apareciendo figuras que producen el efecto de destitución, un miembro del equipo des-completa al otro (efecto que alivia al paciente en crisis porque el otro no es omnipotente ni invasivo). La humildad del trato facilita la implicación del paciente hacia su responsabilidad, facilita la comunicación y la aportación de algo propio. Así pues, hay que saber no saber. Tomamos la postura de tomar nota atenta, continuada, lo que tiene que decir el paciente, como si fuéramos su secretario o su aprendiz; sostenemos las sorpresas y esperamos a que la palabra, los síntomas y las incidencias del paciente hagan de guía.

En grupo se genera un clima de vida. El grupo humaniza, nos permite el vínculo, nos hace sentir que no estamos solos y nos abre a experiencias nuevas. En el grupo, el malestar subjetivo se disuelve en parte para hacer posible la convivencia con los demás. (13)

Conclusiones

La apuesta por la transdisciplinariedad implica que los conocimientos diversos sobre las personas afectadas de psicopatología transiten, se vuelquen en un espacio común, integrativo, confluyente y con carácter constructivo y creativo en el equipo de trabajo.

La transdisciplinariedad no es un método, es una experiencia que hay que inventar cada vez, no se puede protocolizar, porque se inhibiría la responsabilidad y la creatividad de cada miembro del equipo y de la esencia particular que brinda cada grupo. El perfil de los pacientes va cambiando, la expresión sintomática también varía, ahora son más jóvenes, más diversos; es necesario que estemos dispuestos a los cambios. ¿Podremos?

- ¿Nos moveremos de la comodidad del despacho, de la seguridad de la bata?
- ¿Trabajaremos en equipo hacia la idea de construcción del caso?
- ¿Nos autorizamos a intervenir con espontaneidad, sin inhibiciones, sostenidos en el ejercicio riguroso de la función, y en los pactos de equipo consensuados?
- ¿Mantendremos el rigor de nuestra praxis, nuestra ética y nos continuaremos formando?
- ¿Facilitaremos que la transferencia de los pacientes a los profesionales fluya y sea respetada?
- ¿Estaremos dispuestos al error, a disentir y a no saber?
- ¿Procuraremos no racionalizarlo todo, dando lugar a la sorpresa?

El cambio de paradigma es lento, atrevernos a recorrer los caminos de su incertidumbre es nuestra aventura.

Referencias bibliográficas

- (1) Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya, https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uid=53146bf9-8091. Archivo PDF
- (2) Alvarez JM, Estéban R, Sauvagnat F. Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Madrid, Síntesis (ed); 2004.
- (3) Morin E. Introducción al Pensamiento Complejo. España, Gedisa (ed); 1990.
- (4) Morin E. La Vía: Para el futuro de la Humanidad. España, Paidós (ed); 2011.
- (5) Nicolescu B. Manifiesto por la transdisciplinariedad. Convento Arrábiga en Portugal. Mónaco, Du Rocher (ed); 1996.
- (6) Sotolongo PL, Delgado CJ. La complejidad y el diálogo transdisciplinario de saberes. En: La revolución contemporánea del saber y la complejidad social. Buenos Aires, CLACSO (ed); 2006. Cap. IV, págs.65-77. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/soto/Capitulo%20IV.pdf>
- (7) Stolkiner A. Interdisciplina y salud mental. Presentación en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental Argentina; 2005.
- (8) Eco U. La definición del Arte. Barcelona, Destino (ed); 2005.
- (9) Foucault M. La arqueología del saber. Buenos Aires, S.XXI (ed); 2009.

- (10) Ubieto JR. El saber como producción colectiva. Modelos de trabajo en red. Rev. Educación social, núm36 pp. COPC, Barcelona; 2012.
- (11) Ubieto JR. La construcción del caso en el trabajo en red. Barcelona. 2000 Disponible en: <http://www.copc.org/informacio/materials/once.asp>)
- (12) Vilà F. El tratamiento del trastorno de la personalidad en un Servicio Médico-Educativo. Variaciones de la práctica entre varios. En Conversación clínica: Presencia de la institución en la clínica. Barcelona: ICF; 2003.
- (13) Di Ciaccia A. A propósito de una práctica-entre-varios. Intervención pronunciada en la Rencontre PIPOL, del 20 junio 2003 en París, en la sección RI3. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/104719152/la-practica-entre-varios-Antonio-Di-Ciaccia>.

FIDMAG informa

CORRELATOS NEURONALES DE LA PERCEPCIÓN DEL 'YO' Y DEL 'OTRO' EN LA ESQUIZOFRENIA

Profesionales de diferentes centros de Hermanas Hospitalarias y FIDMAG Hermanas Hospitalarias han colaborado en un proyecto para estudiar con técnicas de neuroimagen las bases cerebrales de la percepción del 'yo' y del 'otro' en la esquizofrenia.

El trabajo identifica varias regiones cerebrales con un funcionamiento alterado en la esquizofrenia, destacando el papel de la unión temporo-parietal derecha, una región clave en la diferenciación entre el 'yo' y el 'otro' y que aparece hipoactivada en el grupo de pacientes.

Brain imaging correlates of self- and other-reflection in schizophrenia

Paola Fuentes-Claramonte, Marta Martin-Subero, Pilar Salgado-Pineda, Aniol Santo-Angles, Isabel Argila-Plaza, Josep Salavert, Antoni Arévalo, Clara Bosque, Carmen Sarri, Amalia Guerrero-Pedraza, Antoni Capdevila, Salvador Sarró, Peter J. McKenna, Edith Pomarol-Clotet, Raymond Salvador Neuroimage Clinical (IF: 3,943; 1er Quartil). 2020; 25: 102134.

Traducción y adaptación: María Ángeles García-León y Paola Fuentes-Claramonte FIDMAG Hermanas Hospitalarias Research Foundation.

Se ha propuesto que las alteraciones en el proceso de distinguir información relativa a uno mismo ('yo') o a otras personas ('otro') son un factor relevante que contribuye al perfil de síntomas de la esquizofrenia: una pobre distinción 'yo'/otro' puede llevar a atribuciones incorrectas de los propios pensamientos o intenciones a otros, resultando en paranoia e ideas de referencia, o en una alteración de la percepción del comportamiento llevando a delirios de control. Los déficits en el funcionamiento social son comunes en esquizofrenia y pueden resultar en la mala interpretación de las

intenciones de otros y dificultades en las interacciones sociales en la vida diaria (Green et al., 2015). Una mejor comprensión de las alteraciones en el procesamiento de información relacionada con el 'yo' y con el 'otro' será una importante contribución a la mejora de la intervención terapéutica y la calidad de vida del paciente.

Las investigaciones previas han estudiado la actividad cerebral relacionada con la percepción del 'yo' usando tareas que requieren del participante decidir si una característica particular se aplica a él mismo (tareas de auto-reflexión, o self-reflection). Para la percepción del 'otro' (other-reflection, o reflexión sobre el otro), se ha usado el mismo tipo de tarea de decisión aplicada a otra persona conocida por el individuo o a un personaje público. Ambas tareas se asocian con activación en una red de regiones que incluyen el córtex prefrontal medial (mPFC), la unión temporo-parietal (TPJ), y el córtex cingulado posterior (PCC) (Denny et al., 2012), regiones asociadas a la cognición social, la teoría de la mente, la memoria autobiográfica y la planificación, a las cuales se hace referencia como la red neuronal por defecto (DMN) (Buckner et al., 2008).

En esquizofrenia, los resultados de estudios previos revelan que, aunque el procesamiento y diferenciación del 'yo' y del 'otro' se proponen como base de diferentes síntomas, aún no se han caracterizado los correlatos neuronales de las alteraciones en estos procesos cognitivos, sino que hay una gran heterogeneidad en los resultados. En pacientes con esquizofrenia se han encontrado alteraciones en la actividad cerebral en regiones de la DMN durante la percepción del yo, incluyendo el PCC (Holt et al., 2011; van der Meer et al., 2013), el mPFC (Tan et al., 2015), y el córtex temporal (Pauly et al., 2014). La percepción del 'otro' se ha asociado con alteraciones en la activación del PCC (van der Meer et al., 2013), el córtex temporal (Murphy et al., 2010), y el mPFC y el cuneus (Pauly et al., 2014), y también con regiones no asociadas previamente con el procesamiento del 'otro' como la ínsula (Pauly et al., 2014). Aunque los resultados sugieren una alteración en el funcionamiento de la DMN, la falta de consistencia dificulta caracterizar la naturaleza de las alteraciones.

Esta heterogeneidad puede estar explicada por la combinación de varios factores: en estudios previos se ha usado material diferente para las tareas de auto-reflexión (e.g. adjetivos, frases) y condiciones de control que varían desde etiquetar emocionalmente una palabra, responder preguntas de contenido semántico o tareas perceptivas. Además, las demandas cognitivas también varían entre tareas. En segundo lugar, para la percepción del 'otro' se han usado personas que variaban en familiaridad con el sujeto, empleando desde familiares a personas famosas, lo que puede activar también áreas de la memoria autobiográfica. Por último, las diferencias en el estatus clínico entre pacientes y tamaños de muestra pequeños también podrían explicar la falta de consistencia en estudios previos.

El presente estudio tiene como objetivo examinar el procesamiento del 'yo' y del 'otro' en esquizofrenia, con mayor énfasis en la diferenciación entre el 'yo' y el 'otro' (es decir, la comparación directa entre pensar en uno mismo y pensar en otra persona). Usaremos una tarea de reflexión sobre el 'yo' y el 'otro', basada en estudios previos (Modinos et al., 2009; van der Meer et al., 2013) y que previamente hemos empleado en un grupo de sujetos sanos que mostró que pensar sobre el 'yo' implica un aumento de actividad en regiones de la DMN, en comparación a pensar sobre hechos generales, y un incremento todavía mayor, con especial implicación del TPJ derecho, cuando se piensa sobre el 'otro' (Fuentes-Claramonte et al., 2019). Considerando la variabilidad de tareas empleadas en la literatura previa, se ha seleccionado esta tarea por ser la que mejor aísla los diferentes componentes de interés para nuestro estudio. El presente trabajo permitirá incrementar el conocimiento sobre las bases neurales de la diferenciación entre el 'yo' y el 'otro' en esquizofrenia. Aunque no hay un patrón consistente en los hallazgos previos, se espera que las alteraciones más relevantes se encuentren mayormente localizadas en la DMN, áreas implicadas en la diferenciación del 'yo' y del 'otro'.

Métodos

La muestra de pacientes estaba compuesta por 23 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV-TR reclutados en diferentes dispositivos asistenciales vinculados a los centros Benito Menni CASM, Hospital Sagrat Cor, y Hospital Sant Rafael. La sintomatología psicótica se evaluó mediante la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) y la gravedad con la escala de Impresión clínica Global (CGI). Se excluyeron aquellos pacientes con historia de trauma cerebral o enfermedad neurológica o con historia de abuso de sustancias en el último año. El grupo control, que cumplía los mismos criterios de exclusión, consistió en 27 sujetos sanos similares a los pacientes en edad, sexo y CI premórbido.

Los participantes realizaron una tarea de reflexión sobre el 'yo' y el 'otro' mientras se les realizaba una resonancia magnética funcional. La tarea consistía en una serie de frases que aparecían en una pantalla que podían referirse a uno mismo ('yo'), referirse a un conocido ('otro') o hacer referencia a conocimiento general ('hechos'), similares en longitud y complejidad entre condiciones. Los participantes debían responder si consideraban la frase verdadera o falsa pulsando un botón. En la condición 'yo', las frases hacían referencia a cualidades personales, atributos o actitudes (por ejemplo, "Soy una persona sociable"). De forma similar, en la condición 'otro' las frases hacían referencia a rasgos de personalidad y comportamientos del conocido seleccionado. En estas condiciones la mitad de las frases tenían valencia positiva y el resto negativa. En la condición 'hechos', las frases eran afirmaciones generales ("Los insectos tienen diez patas"), la mitad de las cuales eran verdaderas y el resto falsas. La tarea consistió en 54 ensayos (18 por condición) distribuidos en un diseño de bloques. Cada bloque comenzaba con una instrucción que indicaba la condición correspondiente a ese bloque ("Frases sobre mí", "Frases sobre otro", "Frases sobre hechos"). Después se presentaban las frases junto con las dos opciones de respuesta Sí y No, que el participante tenía que seleccionar pulsando un botón con la mano derecha o izquierda respectivamente.

Resultados

La condición Hechos actuaba como condición de control, por lo que para estudiar las regiones cerebrales implicadas en el procesamiento de información sobre el 'yo', se examinaron las regiones que mostraron mayor actividad durante los bloques de la condición 'yo' que durante los bloques de la condición 'hechos'. Aunque ambos grupos activaron las regiones de la DMN en la condición 'yo', los pacientes mostraron una hiperactivación en una región adicional, el córtex prefrontal dorsolateral (DLPFC) y giro frontal medio izquierdo.

En el contraste 'otro' vs 'hechos' también se observó la actividad en regiones de la DMN en ambos grupos. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas entre pacientes y controles en tres zonas: el precuneus, el DLPFC izquierdo, y el giro precentral izquierdo. Se observó que los pacientes desactivaban el precuneus durante la condición 'otros' mientras que los controles no. En el DLPFC y el giro precentral, se observó una mayor activación en los pacientes en la condición 'otros'. Estas dos zonas son similares a las encontradas en el contraste anterior ('yo' vs 'hechos') y muestran un patrón de alteración similar en los pacientes.

Por último, la comparación directa de 'yo' vs 'otro' mostró que la condición 'otro' implicaba un aumento de activación en regiones de la DMN. Se encontraron diferencias significativas entre grupos en el giro angular derecho, correspondiente a la región TPJ, que el grupo control activaba al pensar sobre el otro, mientras que el grupo con esquizofrenia no lo hacía.

Tabla 1. Datos clínicos y demográficos.

	Pacientes (N=23)	Controles (N=27)	Diferencias
Sexo (M/F)	16/7	17/10	$p = 0.623$
Edad	37.00 (8.06) rango 22-55	38.74 (10.20) rango 23-61	$p = 0.512$
CI pre-mórbido estimado	100.64 (10.23) rango 81-114	104.07 (6.34) rango 91-114	$p = 0.178$
PANSS Total	69 (18.19) rango 39-115		
PANSS Positiva	16.04 (5.19) rango 8-28		
PANSS Negativa	19.74 (5.79) rango 11-33		
PANSS General	33.22 (9.08) rango 18-59		
CGI	4.17 (0.89) rango 3-6		
Tratamiento antipsicótico (en eq de clorpromazina mg/día)	498.77 (490.27) rango 62.5-2400		

CI: coeficiente intelectual; **CGI:** Escala de Impresión Clínica Global; **PANSS:** Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia

Los valores reflejan medias (desviación estándar). Las diferencias entre grupos se estudiaron con una prueba Chi-cuadrado para el sexo y pruebas t para muestras independientes para la edad y el CI estimado.

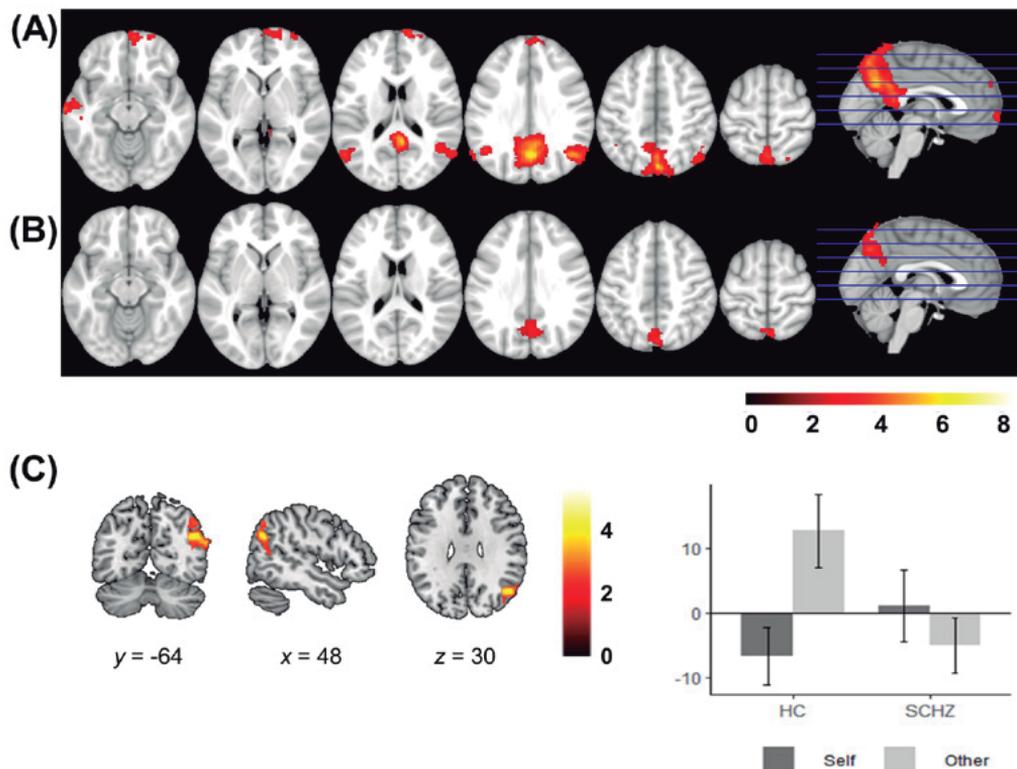


Figura 1:

Regiones con mayor activación en 'otro' que en 'yo' para controles (A) y pacientes (B). (C) muestra la unión temporo-parietal derecha, donde pacientes y controles mostraron diferencias significativas. Como muestra el gráfico, los controles activan esta región para 'otro' (Other) ya que la activación sobrepasa claramente el cero, mientras que en los pacientes no se observa esta activación. La figura se reproduce del artículo original con la autorización de los autores.

Conclusiones

Los resultados encontrados suman evidencia al rango de alteraciones en la percepción del 'yo' y del 'otro' ya reportadas en esquizofrenia. Se trata del primer estudio en mostrar activación disminuida en el TPJ derecho en pacientes durante la condición que requiere pensar sobre otros, una región con un papel relevante en la diferenciación del 'yo' y el 'otro' y en la cognición social. Adicionalmente se ha encontrado evidencia de que los pacientes con esquizofrenia emplean más áreas cognitivas para la percepción del 'yo' y del 'otro', sugiriendo que el procesamiento de este tipo de información podría implicar una mayor demanda cognitiva en pacientes con este trastorno. En conjunto, los resultados indican un fallo en el procesamiento de información sobre 'yo' y 'otros' en esquizofrenia y proporcionan evidencia de una alteración en la diferenciación entre información referida al 'yo' o a 'otros', la cual podría llevar a juicios alterados sobre el comportamiento y personalidad de los otros. Se propone que el mecanismo cerebral que potencialmente daría lugar a esta alteración es el fallo en el funcionamiento de la unión temporoparietal derecha. Este hallazgo es relevante para futuros estudios, en particular los orientados a investigar los tratamientos psicossociales y técnicas de neuromodulación en esquizofrenia.

www.fidmag.org

Referencias

Buckner, R.L., Andrews-Hanna, J.R., Schacter, D.L., 2008. The brain's default network: anatomy, function, and relevance to disease. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1124, 1–38.

Fuentes-Claramonte, P., Martín-Subero, M., Salgado-Pineda, P., Alonso-Lana, S., Moreno- Alcázar, A., Argila-Plaza, I., Santo-Angles, A., Albajes-Eizagirre, A., Anguera-Camós, M., Capdevila, A., Sarró, S., McKenna, P.J., Pomarol-Clotet, E., Salvador, R., 2019. Shared and differential default-mode related patterns of activity in an autobiographical, a self-referential and an attentional task. *PLoS One* 14, 1–21

Green, M.F., Horan, W.P., Lee, J., 2015. Social cognition in schizophrenia. *Nat. Rev. Neurosci.* 16, 620–631.

Holt, D.J., Cassidy, B.S., Andrews-Hanna, J.R., Lee, S.M., Coombs, G., Goff, D.C., Gabrieli, J.D., Moran, J.M., 2011. An anterior-to-posterior shift in midline cortical activity in schizophrenia during self-reflection. *Biol. Psychiatry* 69, 415–423.

Modinos, G., Ormel, J., Aleman, A., 2009. Activation of anterior insula during self-reflection. *PLoS One* 4, e4618.

Murphy, E.R., Brent, B.K., Benton, M., Pruitt, P., Diwadkar, V., Rajarethinam, R.P., Keshavan, M.S., 2010. Differential processing of metacognitive evaluation and the neural circuitry of the self and others in schizophrenia: a pilot study. *Schizophr. Res.* 116, 252–258.

Pauly, K.D., Kircher, T.T.J., Schneider, F., Habel, U., 2014. Me, myself and I: Temporal dysfunctions during self-evaluation in patients with schizophrenia. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 9, 1779–1788.

Tan, S., Zhao, Y., Fan, F., Zou, Y., Jin, Z., Zen, Y., Zhu, X., Yang, F., Tan, Y., Zhou, D., 2015. Brain correlates of self-evaluation deficits in schizophrenia: a combined functional and structural MRI study. *PLoS One* 10, 1–12.

van der Meer, L., De Vos, A.E., Stiekema, A.P.M., Pijnenborg, G.H.M., Van Tol, M.J., Nolen, W.A., David, A.S., Aleman, A., 2013. Insight in schizophrenia: involvement of self-reflection networks? *Schizophr. Bull.* 39, 1352–1362.



“Revisión Clínica a propósito de un caso”

La práctica clínica diaria, a pie de consulta, la valoración del paciente y su entorno, el diagnóstico clínico, el tratamiento y el seguimiento de las diferentes situaciones que el profesional atiende, concierne a múltiples áreas del individuo y en ocasiones confluyen cuadros concomitantes y evoluciones inesperadas

que hacen de un caso, un constructo clínico que pone a prueba nuestra capacidad diagnóstica y terapéutica.

Igualmente interesante resulta **la revisión de un tema concreto mediante la exposición de un caso clínico tipo**, que permita al lector repasar conceptos clave aplicados en la práctica clínica habitual.

**Os animamos
a dar vida a esta sección con
vuestra experiencia cotidiana.**



Recordad que podeis remitir vuestros trabajos a través del correo electrónico informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es o mediante el acceso directo en www.informacionespsiquiatricas.com.

Consultad la [Normas para la presentación y publicación de trabajos](#).



Hermanas
Hospitalarias

www.informacionespsiquiatricas.com
www.hospitalarias.es

