



CONGRESSO IBÉRICO  
DE PSICOLOGIA CLÍNICA  
E DA SAÚDE 2017

**23, 24 E 25  
MARÇO 2017**  
ISPA | LISBOA

---

# O TEMPO DE TODAS AS INCERTEZAS EL TIEMPO DE TODAS LAS INCERTIDUMBRES

---

## LIVRO DE ACTAS



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO



APOIO



Colegio Oficial de Psicología  
de Andalucía Occidental

# **II CONGRESSO IBÉRICO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**

## **LIVRO DE ACTAS**

## II Congresso Ibérico de Psicologia Clínica e da Saúde

---

### O TEMPO DE TODAS AS INCERTEZAS

#### EL TIEMPO DE TODAS LAS INCERTIDUMBRES

Com o I Congresso Ibérico de Psicologia Clínica, da Saúde e do Desporto (Sevilha, 2013) começámos a desenhar um lugar ao Sul, onde os Psicólogos Ibéricos partilharam e cruzaram pensamentos, investigações, práticas, linguagens, questionamentos, respostas. Animados pelos bons ventos dessa primeira viagem, em que confirmámos que nas semelhanças e nas diferenças se abre um vasto e fértil campo a cultivar, agendámos a nossa próxima paragem para Lisboa, em Março de 2017.

Algo de novo nos interpela hoje na Psicologia Clínica e da Saúde, algo que queiramos trazer para este Encontro? É difícil a escolha. Concluímos que são numerosos os temas, as questões, os desafios que o tempo que vivemos coloca à teoria psicológica, à clínica, às instituições e a cada um de nós.

Se o questionamento, a procura de sentido (s) para os pedidos que nos chegam e a busca do lugar conveniente para o encontro com o Outro é a essência do nosso trabalho quotidiano, sentimos que vivemos um particular tempo de incerteza (s) que contem em si tanto de inquietação quanto de possibilidades de abertura.

E vimo-nos uma vez mais com Saramago numa *Jangada de Pedra* “(...) *uma grande Ilha flutuante, movendo-se sem remos, nem velas, nem hélice, em direção ao sul do mundo, massa de pedra e terra, coberta de cidades, aldeias, rios, bosques, fábricas, matos bravios, campos cultivados, com a sua gente e os seus animais, a caminho de uma utopia nova*”.

Designámos pois o II Congresso Ibérico de Psicologia Clínica e da Saúde “*o tempo de todas as incertezas/el tiempo de todas las incertidumbres*”, convite para que continuemos a fazer esta arriscada e estimulante viagem em comum.

Esperamos pelos Psicólogos Ibéricos em Lisboa, a 23, 24 e 25 de Março de 2017 certos de que os temas merecerão um renovado interesse e envolvimento de todos vós.

**ÍNDICE**

<b>CONFERÊNCIAS .....</b>	<b>8</b>
<b>NOS TEMPOS INCERTOS APENAS SEI QUE POR AÍ NÃO VOU... ..</b>	<b>9</b>
<b>SIMPÓSIOS .....</b>	<b>10</b>
<b>SIMPOSIO: QUE FORMAÇÃO PARA O NOSSO TEMPO .....</b>	<b>11</b>
<b>¿ES SUFICIENTE LA FORMACIÓN EN ASPECTOS ÉTICO-LEGALES EN FACULTATIVOS DE SALUD MENTAL? .....</b>	<b>11</b>
<b>NA INCERTEZA DO OLHAR SOBRE A SUBJECTIVIDADE HUMANA.....</b>	<b>12</b>
<b>SIMPOSIO: NOVAS PERSPECTIVAS NA SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>14</b>
<b>TRATAMIENTOS EFICACES PARA EL TDAH. RAZONES PARA SU ADMINISTRACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....</b>	<b>14</b>
<b>SIMPOSIO: VIOLÊNCIAS DE ONTEM E DE HOJE.....</b>	<b>16</b>
<b>VIOLÊNCIA FÍSICA: UM MAL MENOR?!.....</b>	<b>16</b>
<b>SIMPOSIO: OLHAR A SOLIDÃO .....</b>	<b>23</b>
<b><i>DA SOLIDÃO E DA (IN) CAPACIDADE DE ESTAR SÓ.....</i></b>	<b>23</b>
<b>SIMPOSIO: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CONTEXTO HOSPITALAR .....</b>	<b>26</b>
<b>CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN EL ÁMBITO DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS .....</b>	<b>26</b>
<b>COMUNICAÇÕES LIVRES - SIMPÓSIOS .....</b>	<b>27</b>
<b>SIMPOSIO “INTERVENÇÕES EM DIFERENTES CONDIÇÕES DO CICLO DE VIDA DA MULHER: CANCRO DA MAMA, MENOPAUSA E ENVELHECIMENTO” .....</b>	<b>28</b>
<b>SINTOMAS VASOMOTORES NA MENOPAUSA: ESTUDO PILOTO DE UMA INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL .....</b>	<b>28</b>
<b>INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>29</b>
<b>SIMPÓSIO: AS NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES: .....</b>	<b>30</b>
<b>FAMÍLIAS HOMOPARENTAIS EM PORTUGAL E NO MUNDO .....</b>	<b>30</b>
<b>OS PAIS ESTÃO BEM? Uma revisão sistemática e crítica de estudos sobre a parentalidade por homens gays e bissexuais.....</b>	<b>31</b>

<b>A QUALIDADE DAS VIVÊNCIAS PARENTAIS EM TRÊS FAMÍLIAS HOMOPARENTAIS PORTUGUESAS .....</b>	<b>32</b>
<b>PAIS GAYS/BISSEXUAIS E MÃES LÉSBICAS/BISSEXUAIS: Experiências de discriminação e enquadramento social das famílias .....</b>	<b>33</b>
<b>TER O DIREITO AO DIREITO QUE TODOS TÊM: Estudo comparativo entre famílias adotivas homoparentais e heteroparentais .....</b>	<b>34</b>
<b>VALÊNCIA EMOCIONAL DAS MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS E PERSONALIDADE .....</b>	<b>36</b>
<b>NA INTERACÇÃO DE CASAL: Relação entre os estilos de vinculação do adulto, os esquemas precoces desadaptativos e as relações interpessoais.....</b>	<b>45</b>
<b>ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS HERMANOS DE NIÑOS CON CÁNCER ....</b>	<b>59</b>
<b>ESCUITA CLÍNICA DE ADOLESCENTES QUE PRATICAM AUTOMUTILAÇÃO: da recusa da palavra à falência do simbólico.....</b>	<b>62</b>
<b>DUAS UNIDADES - UMA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>71</b>
<b>REVISIÓN DE TRATAMIENTOS EN ANSIEDAD ESCÉNICA: inclusión de la realidad virtual. ....</b>	<b>72</b>
<b>O ENVOLVIMENTO PATERNO NO CUIDADO COM O FILHO(A) COM AUTISMO: perspectivas maternas.....</b>	<b>74</b>
<b>A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E A SUA RELAÇÃO COM AS MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS NOS IDOSOS .....</b>	<b>75</b>
<b>A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO CULTURAL NA FORMAÇÃO DE MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS: OS SCRIPTS CULTURAIS E A CENTRALIDADE DE EVENTO NA EVOCAÇÃO DOS EVENTOS DE VIDA .....</b>	<b>79</b>
<b>ADESÃO AO TRATAMENTO E PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL EM ADULTOS COM DIABETES .....</b>	<b>94</b>
<b>POSTERS.....</b>	<b>95</b>
<b>PREPARAÇÃO PARA A INTERNAÇÃO E CIRURGIA DE PACIENTES INFANTIS: EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES .....</b>	<b>96</b>
<b>VALIDAÇÃO DA ESCALA DE INGESTÃO COMPULSIVA NUMA AMOSTRA DE ADULTOS COM OBESIDADE .....</b>	<b>97</b>

<b>SAS-SV</b> Estudo da validação da escala de dependência do smartphone numa amostra da população portuguesa.....	101
<b>ESTUDO EXPLORATÓRIO DA PROVA DESENHO DE SI E OUTROS REPRESENTATIVOS .....</b>	113
<b>PENSAMIENTO REFERENCIAL Y RUMIANTE EN PERSONAS CON OBESIDAD MÓRBIDA.....</b>	127
<b>¿QUÉ MECANISMOS SUBYACEN A LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES Y LAS TERAPIAS BASADAS EN MINDFULNESS EN EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD SOCIAL? .....</b>	143
<b>QUÉ CONSIDERAN BUENAS O MALAS PRÁCTICAS ÉTICAS DE LOS TERAPEUTAS UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA .....</b>	162
<b>MENSURAÇÃO DE SINTOMAS VASOMOTORES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE INSTRUMENTOS .....</b>	172
<b>RESULTADOS PRELIMINARES DO INVENTÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE HIPOGONADISMO DE INÍCIO TARDIO EM HOMENS PORTUGUESES .....</b>	173
<b>PACIENTES AMPUTADOS: REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	174
<b>SÍNDROME BURNOUT Y ENFERMEDADES CRÓNICAS EN AMAS DE CASA: EL CUIDADO DE UN FAMILIAR ENFERMO DE ALZHEIMER .....</b>	177
<b>CUIDADORES DE ABRIGOS INSTITUCIONAIS: TRABALHO, ESTRESSE E ADOECIMENTO.....</b>	188
<b>IMAGEN CORPORAL Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA (CB): DIFERENCIAS DE GÉNERO .....</b>	189
<b>MENOR ATRACCIÓN POR LOS ALIMENTOS DULCES EN ADOLESCENTES CON HÁBITOS ALIMENTARIOS NO SALUDABLES .....</b>	190
<b>¿ES LA INSATISFACCIÓN CORPORAL UN FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE LA ALIMENTACIÓN EN MUJERES CON OBESIDAD? .....</b>	191
<b>“EMOTIONAL EATING” ANTE DISTINTAS SITUACIONES EMOCIONES EN ESTUDIANTES Y TRABAJADORES: SU INFLUENCIA EN EL IMC .....</b>	200
<b>TERAPIA EMDR EN UN ADOLESCENTE VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO: CASO ÚNICO.....</b>	212

<b>VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE RESILIENCIA (ER) DE WAGNILD Y YOUNG EN UNA MUESTRA DE JÓVENES.....</b>	<b>226</b>
<b>AUTOEFICACIA Y RESPUESTAS PSICOFISIOLÓGICAS IMPLICADAS EN ESCALADA DEPORTIVA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS MODALIDADES DE ESCALADA. ....</b>	<b>227</b>
<b>APLICACIÓN DE LA CARDIOGRAFÍA DE IMPEDANCIA EN EL ESTUDIO DE LA RESPUESTA CARDÍACA DE DEFENSA .....</b>	<b>254</b>
<b>PROCESAMIENTO DE LA IDENTIDAD A TRAVÉS DE CARAS Y NOMBRES DE PERSONAS QUERIDAS: un estudio de resonancia magnética y medidas periféricas .....</b>	<b>103</b>
<b>EFFECTOS DEL PROCESO DE DESAHUCIO EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL.....</b>	<b>265</b>
<b>ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA DOS IRMÃOS DE CRIANÇAS COM CANCRO .....</b>	<b>266</b>

## **CONFERÊNCIAS**

## **NOS TEMPOS INCERTOS APENAS SEI QUE POR AÍ NÃO VOU...**

Victor Cláudio ( ISPA- Instituto Universitário)

Partindo de uma matriz referencial da psicologia crítica, fazemos um percurso sobre a psicologia clínica e o trabalho dos psicólogos clínicos e psicoterapeutas. Consideramos que a psicologia, como qualquer outra ciência, está intimamente ligada à ideologia. O psicólogo clínico na sua intervenção vai reflectir uma tomada de posição política. Concordamos com a posição de Bock (2001) que preconiza uma relação dialéctica entre o mundo psicológico e o mundo social. A psicologia clínica é uma ciência do humano para o humano, isto é trabalha na relação entre o eu e outro, princípio primeiro da política. Como Refere Ian Parker “o que é pessoal é político”.

Partindo destas posições abordamos os efeitos do modelo neo-liberal na emergência da psicopatologia no ser humano. Relacionamos o modelo da psicologia positiva com o primado do individual e do económico, defendido pelo modelo neo-liberal. O papel que a psicologia positiva tem na culpabilização da pessoa na relação com a sua parte emocional, que é, na nossa perspectiva, um aspecto nuclear para o sujeito se vivenciar como um ser humano, é uma visão escotomizada da pessoa e do self e como tal uma forma psicopatológica de encarar o humano.

Preconizamos que para poder trabalhar com um profundo e adequado conhecimento ético, deontológico e técnico que permita sustentar os diferentes momentos da prática do psicólogo clínico, este tem de ter sempre em conta o humano em toda a sua plenitude e na sua multifactorialidade, individual, social, familiar, económica, política e histórica.

É expectável que na relação entre humanos emergjam as subjectividades e complexidades inerentes à condição de humanos e ao sistema relacional, implicando assim o surgimento de múltiplas dificuldades, que nos conduzem a inumeráveis incertezas. Abordamos, através do Princípio da Incerteza enunciado por Heisenberg em 1927, as inúmeras dificuldades e incertezas que surgem na relação terapêutica, espaço nuclear para o trabalho do psicólogo clínico e do psicoterapeuta.

## **SIMPÓSIOS**

## **SIMPOSIO: QUE FORMAÇÃO PARA O NOSSO TEMPO**

### **¿ES SUFICIENTE LA FORMACIÓN EN ASPECTOS ÉTICO- LEGALES EN FACULTATIVOS DE SALUD MENTAL?**

Joaquín Manuel Pastor Morales. Servicio Andaluz de Salud  
Carmen del Río Sánchez. Universidad de Sevilla

La resolución de un dilema ético requiere de la reflexión por parte del clínico, proceso en el que intervienen variables como el sexo, la edad, la categoría profesional o la orientación psicoterapéutica. El objetivo de este trabajo fue conocer la incidencia, la valoración ética y las dudas deontológicas en torno a algunas situaciones que suceden en la práctica clínica, así como relacionar las diferencias halladas en la valoración ética con algunas variables profesionales y sociodemográficas. La muestra reclutada fue de 308 profesionales a los que se les administró una escala de ajuste ético y deontológico. Los resultados ponen de manifiesto que las situaciones más controvertibles fueron las relacionadas con la confidencialidad y el consentimiento informado en la infancia; la realización de la formación sanitaria especializada permitió una mejor resolución de las situaciones; la consulta del código deontológico no permitió valoraciones éticas más ajustadas a las normas deontológicas; psicólogos clínicos y residentes resolvieron mejor los ítems referidos a evaluación psicológica; los psiquiatras realizaron valoraciones más ajustadas a las normas éticas respecto a los ingresos hospitalarios. La orientación psicoterapéutica se relacionó con la valoración de algunas situaciones insertadas en los dominios “psicoterapia e intervención” y “relaciones duales”, siendo los terapeutas sistémicos los que ofrecieron más dificultades para valorar algunos ítems. Se reflexiona en torno a la necesidad de revisar los códigos éticos. Se propone el desarrollo de árboles de decisión respecto a situaciones controvertibles.

*Palabras clave:* Códigos éticos, Dilemas éticos, Psicología clínica

*Palavras chave:* Códigos de ética, Dilemas éticos, Psicologia clínica

## NA INCERTEZA DO OLHAR SOBRE A SUBJECTIVIDADE HUMANA

Paula Ribeiro de Sousa

*No Tempo de Todas as Incertezas*, questionamos *Que Formação para o Nosso Tempo*.

Partindo de um conto de Ítalo Calvino, “*O seio nu*” pretende-se um momento de reflexão sobre *A Incerteza do Olhar sobre a Subjectividade Humana*.

Um conto que narra um encontro fortuito de dois desconhecidos.

E findo o encontro, aparentemente pouco sabem um do outro, mas o suficiente para não marcarem novo encontro.

De facto, o conto termina com um grande equívoco, o senhor Palomar fica perplexo com o desfecho, a banhista não acedeu aos pensamentos do senhor Palomar e agiu de acordo com o seu incómodo e com a representação que tem de um mirone.

Quem sabe um grande equívoco, dadas as boas intenções do senhor Palomar.

Também o encontro tem lugar na relação de ajuda, dois desconhecidos, talvez mais e um propósito.

Que subjectividade vou encontrar, o espaço íntimo do outro, até onde conseguirei ir? E como chego lá?

Talvez o pensamento filosófico nos ajude e oriente a fazer o caminho de descoberta.

O pensamento filosófico assenta em premissas desejavelmente estáveis que se articulam entre elas, obedecendo a uma lógica coerente.

Um sistema filosófico pressupõe um conjunto unido de leis de composição que obedece sempre a uma mesma lógica.

Por conseguinte, a doutrina estaria assente num conjunto de elementos que o filósofo defendia e que para ele se constituíam como uma certeza (pelo menos num determinado momento).

Desta forma, o pensamento filosófico pode ajudar-nos na condução de processos de descoberta de subjectividades e, apetece-me chamar-lhe, a descoberta de uma espécie de doutrina daquela pessoa, até então desconhecida, que se encontra disposta a partilhar a sua intimidade na exacta medida do que lhe for confortável com um estranho, também ele possuidor, certamente de uma espécie de doutrina da qual, desejavelmente, deve ser bastante conhecedor para que as doutrinas não se confundam.

Uma doutrina oriunda de um mundo desconhecido e que estou prestes a conhecer porque alguém resolveu confiar-me o privilégio do encontro terapêutico.

Quando iniciamos uma relação terapêutica, na incerteza do que vamos encontrar, devemos ter, pelo menos, a certeza de quem queremos ser nessa relação.

Nesse encontro privilegiado em que alguém nos elege para reduzir o sofrimento, podemos e devemos ter uma ideia clara do que é para nós ser respeitoso, competente, responsável e íntegro numa relação de ajuda.

A melhor maneira de olhar a subjectividade humana é ter consciência de que em cada um de nós habita uma, única e diferente das demais e que obedece a uma lógica coerente. Essa lógica representa a ideia de que com a história que temos e vivemos dificilmente poderíamos ser diferentes.

Como se construiu e organizou esta doutrina? Que elementos a compõe? Como é que se sustenta? A que lógica obedece? Que significados representa? Como se construiu aquele outro?

Não interessa se a doutrina é certa ou errada, é o que é, deriva da experiência vivida e quase sempre sofrida.

O pensamento filosófico é necessário na formação dos psicólogos e é desejável uma aproximação destas duas disciplinas para uma melhor compreensão do funcionamento psicológico.

O pensamento, de preferência livre e crítico, aprende-se, treina-se e desenvolve-se e este espaço deve estar contemplado nas escolas como parte integrante dos programas curriculares, o espaço de debate para a aprendizagem.

*Esse espaço íntimo que vai muito para lá do que pode ser dito, visto, ouvido... talvez um pouco mais se o tentarmos sentir.*

## **SIMPOSIO: NOVAS PERSPECTIVAS NA SAÚDE MENTAL**

### **TRATAMIENTOS EFICACES PARA EL TDAH. RAZONES PARA SU ADMINISTRACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Inmaculada Moreno García,

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

imgarcia@us.es

El debate actual sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) atiende a la polémica sobre administración de terapia farmacológica versus psicológica y su aplicación combinada, de acuerdo con las guías de práctica clínica y la Resolución 2042 aprobada por el Comité Permanente de la Asamblea del Consejo Europeo en 2015. Los costes económicos derivados de los tratamientos, la edad del paciente, como criterio modulador de los tratamientos, y la continuidad de la terapia en la vida adulta constituyen áreas de interés. Se añade la investigación sobre nuevas terapias, surgidas de los avances en neurociencias, que han dado lugar al Neurofeedback y la aplicación de nuevas tecnologías al campo terapéutico, específicamente, Realidad Virtual.

El tratamiento de este trastorno se basa en alternativas con tradición clínica y respaldo científico: Psicofarmacología y Terapia de Conducta. El Neurofeedback es objeto creciente de interés científico debido a los resultados obtenidos con población clínica y población normal, en el ámbito escolar. En la actualidad es considerado tratamiento probablemente eficaz.

Por otro lado, la Práctica Clínica Basada en la Evidencia insta a integrar evidencia empírica, experiencia clínica y características del paciente. Las listas de tratamientos con evidencia empírica permiten apoyar la toma de decisiones de terapeutas y familias, a quienes se les proporciona ayuda sobre los tratamientos recomendables según el trastorno diagnosticado a su hijo.

**Palabras Clave:** TDAH, Tratamientos, Evidencia Empírica

O debate atual sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) aborda a controvérsia sobre administração de farmacológica versus terapia psicológica e aplicação combinada, de acordo com diretrizes de prática clínica e resolução 2042, adotada pelo Comité Permanente da Assembléia do Conselho Europeu em 2015. Os custos económicos de tratamento, a idade do paciente como tratamentos critérios modulador, e continuidade da terapia na vida adulta são áreas de interesse. Pesquisa de novas terapias, decorrente de avanços em neurociências, que levaram a Neurofeedback e aplicação de novas tecnologias para o campo terapêutico, especificamente, é adicionado Realidade Virtual.

O tratamento desta doença é baseado em alternativas tradição clínica e apoio científico: psicofarmacologia e terapia comportamental. Neurofeedback é cada vez mais objecto de interesse científico por causa dos resultados obtidos com a população clínica e população normal nas escolas. Hoje é considerado o tratamento provável eficaz.

Por outro lado, impulsos prática Evidência clínica baseada integrar evidência empírica, a experiência clínica e as características do paciente. Listas de tratamentos permitem evidência empírica para apoiar a tomada de decisão dos terapeutas e famílias, que são fornecidos com a ajuda de tratamentos recomendados pelo distúrbio diagnosticado seu filho.

Palavras-chave: Tratamentos de ADHD, a Evidência Empírica.

## **SIMPOSIO: VIOLÊNCIAS DE ONTEM E DE HOJE**

### **VIOLÊNCIA FÍSICA: UM MAL MENOR?!...**

**Manuel Lemos Peixoto**

CEFA - Centro de Estudos da Família e Psicoterapia  
manuellemospeixoto@hotmail.com

**Mariana Sampaio de Magalhães**

CEFA - Centro de Estudos da Família e Psicoterapia  
psicologammagalhaes@gmail.com

**Resumo:** Esta nossa reflexão centra-se no terapeuta que trabalha com situações de violência familiar: no seu papel, nos seus diagnósticos e nas respostas que produz. Enumerando alguns dos riscos que nos parecem surgir na intervenção terapêutica com famílias onde existe violência, propomos um conjunto de estratégias e posturas terapêuticas, centradas na pessoa do terapeuta, que nos surgem como muito importantes no trabalho com esta problemática: o terapeuta reflectir sobre si mesmo; curiosidade, flexibilidade e irreverência teórica; e a construção de narrativas alternativas.

**Resumen:** Esta nuestra reflexión se centra en el terapeuta que trabaja con situaciones de violencia familiar: en su papel, en sus diagnósticos y en las respuestas que produce. Enumerando algunos de los riesgos que se presentan en la intervención terapéutica con familias donde hay violencia proponemos un conjunto de estrategias terapéuticas y posturas, centrados en la persona del terapeuta, que aparecen como muy importantes en el trabajo con esta problemática: el terapeuta refleja en sí mismo; curiosidad, la flexibilidad y la irreverencia teórica; y la construcción de narrativas alternativas.

**Palavras chave:** Violência familiar; Terapeuta; Reflexão; Irreverência Teórica; Narrativas alternativas.

**Palabras clave:** violencia familiar; Terapeuta; Reflexión; Irreverencia teórica. Narrativas alternativas

Abordar a intervenção terapêutica na problemática da violência familiar implica, de uma forma geral, olhar para aspectos como as características dos elementos da família, das suas dinâmicas relacionais, bem como para os factores de risco e de protecção dos contextos onde a família se insere. Implica também abordar as respostas judiciais, sociais e terapêuticas existentes na comunidade para responder à problemática da violência na família. Quando se reflecte sobre estratégias de intervenção, surgem debates em torno de quais são as respostas mais eficazes, se há indicação para terapia e qual a abordagem adequada: terapia de casal, terapia individual, terapia familiar, ou grupos de agressores e de vítimas. Na discussão sobre a intervenção terapêutica com situações de

violência familiar reflete-se acerca das condições colocadas para a realização da terapia, como, por exemplo, a imposição de cessar a violência e do processo terapêutico poder ser interrompido caso seja quebrada esta regra. Longe de gerar consensos, surge também o debate em torno do conflito entre o dever de confidencialidade e o dever de sinalizar.

Nesta comunicação, optámos por propor a reflexão e o debate em torno do Terapeuta no trabalho com a problemática da violência familiar. Abordaremos possíveis respostas violentas dos sistemas que intervêm com famílias onde existe violência e, partindo da clarificação do nosso entendimento sobre qual deve ser o papel do terapeuta na intervenção nesta área, reflectiremos também acerca de algumas respostas frequentes dos terapeutas quando trabalham com estas situações. Por último, proporemos algumas estratégias, centradas no Terapeuta, que nos surgem como úteis no trabalho com estas famílias.

Carlos Sluzki (2000) fala da violência que o Sistema exerce “*quando um indivíduo não tem a capacidade de aceitar ou de se opor, o que desde logo está em correlação com a experiência de impotência e de desespero engendrada pela vitimização (imposta pelo agressor)*”. Nesta linha de reflexão, perguntamo-nos se não estaremos perante uma situação de violência exercida pelo próprio sistema, mandatado pela comunidade para a regular, quando uma pessoa ou uma família não se pode opor a uma intervenção do Estado, ainda que esta lhe seja apresentada como sendo para o seu bem. Interrogamo-nos também sobre se não será violento os técnicos assumirem que saberão melhor do que as famílias o que é melhor para elas.

Quando reflectimos sobre o papel do terapeuta a intervir em situações de violência familiar, revemo-nos nas palavras do Professor António Coimbra de Matos (2017), que, numa recente entrevista ao jornal Expresso, diz: “[Há limite para não criticar o analisado?] *Em princípio, o paciente tem sempre razão. vamos ver é se essa razão é total ou se não. Se ele fez qualquer coisa, lá tinha os seus motivos, a sua razão. Vou procurar essa razão, antes de julgar pela minha razão. Se um paciente me diz que bate todos os dias no filho, eu fico um bocado irritado, mas devo pensar: ele deve ter alguma razão. O filho faz-lhe ciúmes porque é mais inteligente do que ele? O filho faz-lhe lembrar alguém de quem ele não gostava? Não se deve começar logo por criticar qual é a razão do paciente. É tentar compreendê-lo. Não há pacientes resistentes, há analistas incompetentes. Lembro-me de um texto antigo, de um discípulo de Freud, Wilhem Stekel, que tem um livro, de 1911/12, que se chama “A Mulher Frígida”. E acaba com um parágrafo em que diz: mulheres frígidas não existem, o que existem é homens incompetentes*”.

Na reflexão em torno do papel do terapeuta, questionamo-nos sobre se não será violento o acto de reprimir e proibir a agressividade dos pacientes, como condição para ajudar uma família onde existe violência, quando o motivo da terapia é precisamente a sua dificuldade em cessar a violência sem ajuda. Ou, colocado de outra forma, não será violento definirmos como condição para o tratamento que o paciente já venha tratado?

Entendemos que não é função do terapeuta reprimir a agressividade dos pacientes, mas sim ajudá-los a compreendê-la e a redirecioná-la de forma mais adaptativa, funcional e sem prejuízo para si e para outros.

Quando nos centramos no terapeuta a lidar com violência familiar, encontramos algumas respostas frequentes que poderão conduzir a intervenções pouco eficazes, ou, no limite, elas próprias violentas. Estas resultam de erros de pensamento comuns a todos os seres humanos e que, não sendo alvo da nossa atenção, podem conduzir-nos a erros no diagnóstico e na intervenção. Por outro lado, estas respostas podem também resultar da ausência de atenção do terapeuta ao impacto que a violência tem em si mesmo.

Perante a violência familiar, o terapeuta poderá ter respostas agressivas, que resultam da sua necessidade de negociar a hierarquia de poder e de estatuto em sessão. Por exemplo, em reacção à manifestação de revolta do paciente contra a intervenção ou quando este nega ser violento.

O terapeuta poderá também responder com agressividade quando se vê confrontado com a sensação de medo, servindo esta resposta o objectivo de dissuadir possíveis futuros e temidos ataques por parte do cliente.

É frequente o terapeuta evitar falar sobre a violência em sessão, quer por receio de abordar um tema de difícil gestão, quer por medo de comprometer a relação terapêutica.

Finalmente, sentimos ser comum a produção de diagnósticos e hipóteses terapêuticas sem uma cuidadosa e aprofundada reflexão sobre o impacto de heurísticas e enviesamentos que conduzem a erros de pensamento. Sobre este último ponto, destacamos a importância de estar atento a:

- Enviesamentos confirmatórios, ou seja, o terapeuta tender a procurar e a reter de uma forma selectiva a informação que confirma as suas perspectivas, crenças, expectativas e hipóteses iniciais (Simões, 1993). Por exemplo, perante um diagnóstico inicial de *vítima e agressor*, tendermos a procurar as dinâmicas e as informações que confirmem este mesmo diagnóstico.
- Correlações ilusórias, que podem ser resumidas na frase “os psicólogos aprendem a ver aquilo que esperam ver” (Simões, 1993).
- Heurísticas da representatividade, quando confundimos amostra (por exemplo, o cliente) com população, ainda que saibamos, por exemplo, que o comportamento de uma pessoa numa dada ocasião pode não ser representativo do seu comportamento em geral (Simões, 1993).
- Heurísticas da disponibilidade, quando confundimos frequência ou probabilidade real com a facilidade de acesso cognitivo (Simões, 1993), o que ocorre, por exemplo, quando um caso de violência familiar que me tenha marcado ou que seja mais recente funciona demasiado como ponto de referencia para esta família que estou agora a acompanhar.
- Erro atribucional fundamental, quando tendemos a esquecer ou subestimar a influência de variáveis situacionais na determinação do comportamento do cliente e, pelo contrário, a valorizar excessivamente a influência de determinantes internos e características pessoais, como atitudes, capacidades, traços de personalidade, necessidades inconscientes, mecanismos de defesa, tendências patológicas, etc (Simões, 1993).

A acrescentar a estes processos que conduzem a erros de pensamento, de diagnóstico e, logo, de intervenção, acresce o curioso facto de os psicólogos, quando questionados sobre os resultados dos seus acompanhamentos responderem, relativamente aos sucessos, que estes se deveram ao seu

esforço, competência e capacidade (Simões, 1993). No entanto, os psicólogos tendem a atribuir os seus insucessos a factores como a pressão do tempo, a impossibilidade de acesso a informação necessária ou relevante, a ser um caso inabitualmente difícil, à ausência de experiência ou de formação para lidar com aquele caso, e à resistência do paciente à mudança psicológica (Simões, 1993). Sendo estas atribuições importantes para a protecção do sentimento de auto-competência dos psicólogos, a tendência a atribuir a factores externos as dificuldades com que se confrontam na terapia, pode conduzir a erros de diagnóstico e, logo, de intervenção.

A reflexão sobre a complexidade dos processos de pensamento do terapeuta e o seu impacto na terapia, leva-nos à discussão de possíveis estratégias para ultrapassar armadilhas de pensamento e evitar responder de forma violenta à violência familiar:

- **O terapeuta reflectir sobre si mesmo**

Acerca desta ideia, revemo-nos nestas palavras de Agostinho da Silva (1999), que vão ao encontro daquilo que acreditamos ser um processo fundamental do terapeuta: *“Creio que uma das atitudes fundamentais do homem humano deve ser a de reconhecer em si, numa falta de compreensão ou numa falta de acção, a origem das deficiências que nota no ambiente em que vive; só começamos, na verdade, a melhorar, quando deixamos de nos queixar dos outros para nos queixarmos de nós.”*

Tendo defendido a importância da *reflexão sobre si mesmo* como um instrumento chave do terapeuta, Tom Andersen define este processo reflexivo como *“Algo ouvido que é internalizado e pensado, antes de uma resposta ser dada”* (Andersen, 1991, como referido em Braz, 2012). Já Tomás Aquino dizia que *“Uma vez que reflecte sobre si mesmo, o intelecto entende, conforme essa reflexão, tanto o seu entender, quanto a espécie por meio da qual entende.”* (Abbagnano, 2007, como referido em Braz, 2012).

Defendemos então que o essencial da reflexão do terapeuta, passa por partir da necessidade de reflectir sobre si mesmo para então entender o outro. Defendemos aqui a reflexão como um processo muito mais afectivo do que técnico. E consideramos que, especificamente no trabalho com violência familiar, esta reflexão do terapeuta é mais do que uma postura auto-crítica: é uma postura cuidadosa e atenta aos afectos em nós provocados pelo encontro com os nossos pacientes.

No trabalho com violência familiar, faz-nos todo o sentido o foco de Tom Andersen na necessidade de *compreender*, mais do que explicar. Referindo-se ao seu livro, Tom Andersen afirma que *“no entanto, apesar de estar arrependido por ter usado a palavra explicação na primeira edição do livro, consola-me observar que o seu conteúdo pende para a palavra compreensão. No entanto, se tivesse escrito o livro hoje, as palavras explicar e explicação teriam sido substituídas por compreender e compreensão”* (Andersen, 1991, como referido em Braz, 2012).

- **Curiosidade, flexibilidade e irreverência teórica**

Identificamo-nos com o conceito de curiosidade defendido por Gianfranco Cecchin (Prati, 2009, como referido em Braz, 2012), adoptada em terapia por oposição a um saber apriorístico que contribui para preconceitos do

terapeuta e que poderá bloquear o processo terapêutico, quando se tenta adaptar o problema do paciente a um “arcabouço teórico”, em vez de investigar a situação e relacionar-se genuinamente com a família.

Revemo-nos também no conceito de *irreverência teórica* proposta por Cecchin, que se refere à postura de criticar e investigar com curiosidade as teorias e práticas que surgem e são utilizadas em terapia. Surge-nos como muito útil na intervenção terapêutica esta irreverência teórica como um acto de não reverenciar, esta recusa sem agressividade, uma recusa que procura, através da curiosidade, uma alternativa mais eficaz (Braz, 2012).

- **Construção de narrativas alternativas**

No processo terapêutico, consideramos essencial a conjugação pelo terapeuta de uma postura caracterizada pela reflexão, flexibilidade e irreverência teórica, também como ferramentas para construir narrativas acerca do problema e da família, diferentes das iniciais e mais úteis para a intervenção. A construção de narrativas alternativas assume-se como uma estratégia de ampliação, essencial quando uma forma de ver ou de abordar o problema parece limitar-nos as possibilidades de acção terapêutica.

Na intervenção com situações de violência familiar, frequentemente geradoras de impasses terapêuticos, a possibilidade de ampliar hipóteses, respostas e estratégias assume-se, no nosso entender, como ferramenta chave para o processo de mudança.

Para ilustrar a utilidade da utilização destas ferramentas, atendamos a este caso acompanhado:

### **Caso Família Correntes**

Pai: Violêncio, 41 anos, pequeno industrial da construção civil.

Mãe: Cesária, 39 anos, operária.

Filha: Maria da Luz, 17 anos, estudante.

Filho: Paciência, 14 anos, estudante.

O caso é encaminhado pela escola de Paciência, por consumo de drogas e súbita desorganização no percurso escolar do jovem. Este é descrito como bom aluno, estando agora muito desorganizado na vida escolar. Por ser adolescente, convidamos a família para vir à primeira sessão, num centro de tratamento de toxicodependentes. É uma família cabo-verdiana, os filhos já nascidos em Portugal. A mãe surge como muito protetora, o pai muito preocupado e revoltado com a situação do filho. Maria da Luz aparece com uma postura muito adulta, a tentar desempenhar o melhor possível o papel de irmã mais velha, atenta a indicações sobre como fazer para ajudar. Paciência surge atrapalhado, com uma postura submissa e assustada.

#### **Primeira narrativa dos Terapeutas: Paciência desorganizou-se na escola devido ao consumo de drogas.**

No decorrer do acompanhamento, surge a informação de que Paciência era frequentemente batido pelo pai, Violêncio, que o empurrava para a casa de banho onde o agredia com correntes, deixando as paredes “salpicadas de sangue”. Os terapeutas ficam aflitos com esta revelação.

**Segunda narrativa dos Terapeutas: Paciêncio é maltratado pelo Pai e por isso consome drogas e desorganizou-se na escola.**

Colocando como objectivo impedir a violência familiar, os terapeutas trabalharam as dinâmicas familiares e a necessidade de cessar a violência, chegando a acordo com Violêncio de que este não voltaria a bater no filho. Na sessão seguinte o Pai faltou e os restantes elementos da família contaram que as agressões se tinham repetido. Intensificou-se a intervenção: na escola, terapia individual para Paciêncio, conversas com os pais. A violência mantinha-se e nada parecia funcionar. Os supervisores aconselharam-nos a proteger o Paciencio em família de acolhimento, e a manter o acompanhamento individual, dizendo-nos que “isso com umas interpretações vai ao sítio”.

**Nenhuma destas narrativas estava a ser útil para resolver o problema.**

Na sessão seguinte, pedimos a descrição pormenorizada de toda a sequência de acontecimentos que culminava na violência do pai sobre o filho. Do relato, percebemos que estes episódios aconteciam quando Paciencio se atrasava a chegar a casa e Violêncio estava lá; que a Mãe ficava muito ansiosa antes do filho chegar a casa e que o pai tinha muita dificuldade em lidar com essa ansiedade, sentindo-se desqualificado pela Mãe no seu papel de Pai e de homem.

**Quarta Narrativa: A ansiedade da mãe aumentava a ansiedade do pai que, com o aumento da ansiedade tinha dificuldade em exercer auto-controlo, o que desencadeava episódios de violência sobre o filho.**

Com base nesta narrativa, os terapeutas fizeram a seguinte prescrição à família: pediu-se a Maria da Luz que saísse de casa com a mãe antes da chegada de Paciêncio a casa, de forma a quebrar a sequência de interacções.

A família pôs em prática esta prescrição e o pai conseguiu controlar-se, deixou de haver episódios de violência e os terapeutas conseguiram alargar a intervenção a outras questões importantes para a família. Surgiu então a questão das experiências homossexuais de Paciêncio e a dificuldade do Pai em gerir esta situação, manifestando o seu mal estar e o sentimento de ameaça ao seu papel de homem e de pai.

**A quarta narrativa permitiu desenvolver estratégias que travaram a violência sem a proibir, mudando-se a narrativa inicial para uma narrativa mais útil na ajuda à família, reforçando as suas competências.****Bibliografia**

Agostinho da Silva (1999). *Textos e Ensaios Filosóficos I*, org de Paulo A.E. Borges, Lisboa, Âncora, 1999, vol I.

Braz, D. Werneck (2012) Processos reflexivos: curiosidade e irreverência no contexto clínico. *Psychiatry online Brasil*, Vol 17 - nº5. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano12/pcl0512.php>

Coimbra de Matos, A. (2017, Fevereiro 26). *António Coimbra de Matos: “Não é fácil amar, mas é bom. E se não se amar não se vive”*. Expresso.

Simões, Mário R. (1993). Heurísticas, Enviesamentos e Erros Inferenciais na Mecânica da Avaliação Psicológica. *Análise Psicológica*, 2 (XI), 253-266.

Sluzki, Carlos E. (2000). Essai de modélisation de la “victimisation” familiale et politique: conséquences pour le traitement et le rétablissement. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux - Violence et contexte*, 24, 15-31.

## SIMPOSIO: OLHAR A SOLIDÃO

### ***DA SOLIDÃO E DA (IN) CAPACIDADE DE ESTAR SÓ***

Revisitando um texto de Donald Winnicott na atualidade.

Maria Teresa Sá \*

*“(...). Quanto à solidão, ao silêncio e à obscuridade, não poderemos dizer senão que são circunstâncias às quais está ligada, na maior parte dos humanos, uma angústia infantil que nunca se apagará totalmente.”*

Sigmund Freud, L'inquiétante étrangeté

A solidão faz parte da existência humana. Somos confrontados com ela desde que o Eu descobre o Outro, até ao momento do fim. Silenciosa, damos mais por ela em momentos em que nos sentimos mais frágeis, na infância, no envelhecimento, na doença ou no abandono. Mas também há momentos em que a procuramos para uma pausa reconfortante, criativa. No movimento de perpétua alternância entre estar só e estar com os outros, constrói-se a vida psíquica e o estar no mundo. Quando os laços se fragilizam (um traço das sociedades hipermodernas) a solidão é mais pesada. Olhando esta realidade do “Ponto de observação” do nosso Colóquio - *O tempo de todas as incertezas* – coloco a hipótese de que a incerteza na fiabilidade, presença, continuidade e consistência dos laços (acompanhantes externos) e dos laços de boa dependência, trazem importantes consequências na organização dos acompanhantes internos, agravando sentimentos de solidão e pondo em marcha defesas extremas contra eles, seja pela atividade incessante e sem objetivo (diria, sem objeto), seja pela retirada do contacto e isolamento, seja pela violência hétero e autodestrutiva, seja através de múltiplos comportamentos aditivos.

Donald Winnicott foi o primeiro psicanalista a debruçar-se aprofundadamente sobre a solidão e o sentimento de solidão. De uma forma original e genial. O seu texto “*A capacidade de estar só*”, apresentado à *Sociedade Britânica de Psicanálise* em 1957 e publicado em 1958 no *International Journal of Psychoanalysis* é de uma enorme atualidade. Se a teoria psicanalítica clássica nos diz que para suportar a solidão real é fundamental estar com o bom objeto na sua ausência, Winnicott vira esta ideia do avesso, dizendo que a aprendizagem da solidão se faz estando sem o objeto na sua presença, o que designa pela “capacidade de estar só na presença do Outro”. O conceito de “capacidade de estar só na presença do outro” permite pensar então uma forma de intersubjetividade que respeita os movimentos intrapsíquicos do Outro e que permite a construção de uma vida interior.

Se a solidão se sente na presença do Outro, é também na presença do Outro que ela se se pode tratar e elaborar. É preciso o Outro para que nos reapropriemos de nós. O primeiro objetivo de um processo psicoterapêutico, cura da relação pela relação, será precisamente, por meio de um contacto emocional autêntico, construir a possibilidade desta experiência.

***De la soledad y de la (in) capacidad de estar solo***

**Revisando un texto de Donald Winnicott en la actualidad**

Maria Teresa Sá

La soledad forma parte de la existencia humana. Nos enfrentamos a ella desde que el Yo descubre al Otro, y hasta el momento del fin. En silencio, en momentos en que nos sentimos más frágiles, en la infancia, en la vejez, en la enfermedad o en el abandono. Pero también hay veces en que la buscamos para un descanso relajante, creativo. En el movimiento de perpetua alternancia entre estar solo y estar con los otros, se construye la vida psíquica y el estar en el mundo. Para que la soledad nos pesara menos creamos lazos y creamos el lenguaje. Cuando los lazos se debilitan (lo que algunos consideran una característica de las sociedades hipermodernas) la soledad es más pesada. Pero la sensación de soledad es una sensación compleja. Parece tener menos que ver con el hecho de estar o no solos y más con los personajes internos que nos acompañan y que sirven de soporte a nuestra vida. Podríamos decir que la soledad, desde el punto de vista de la realidad psíquica, no es algo que exista. La sensación de soledad es otra cosa. Y lo paradójico de la sensación de soledad es que se vive siempre en compañía.

Mirando esta realidad desde el enfoque de nuestro Coloquio - *El tiempo de todas las incertidumbres* - partimos de la hipótesis de que la incertidumbre en la confiabilidad, presencia, continuidad y consistencia de los lazos (apoyos externos) y de los lazos de buena dependencia comportan importantes consecuencias en la organización de los apoyos internos, agravando sentimientos de soledad y poniendo en marcha defensas extremas contra ellos, bien sea por la actividad incesante y sin objetivo (sin objeto), por la pérdida de contactos y el aislamiento, por la violencia hetero y autodestructiva, o a través de múltiples comportamientos adictivos.

Donald Winnicott fue el primer psicoanalista en centrarse con profundidad en la soledad y el sentimiento de soledad. Y lo hizo de una manera genial y original. Su texto "*La capacidad para estar solo*", presentado a la Sociedad Británica de Psicoanálisis en 1957 y publicado en 1958 en el *International Journal of Psychoanalysis*, me parece de enorme actualidad. En este artículo, Winnicott escribe que la capacidad de estar solo es "uno de los más importantes signos de madurez y de desarrollo emocional" y sostiene que para experimentar la soledad se necesitan por lo menos dos. Que para madurar afectivamente, el niño necesita experimentar la soledad con el Otro a su lado, siendo esta experiencia tan esencial para prepararse para la ausencia (para soportar la soledad) como para no sentir la presencia del otro como una intrusión permanente. Para que esta experiencia sea posible es esencial que el adulto pueda soportar su propia soledad y pueda, por lo tanto, como una presencia no intrusiva, acompañar al niño en la construcción de este espacio interno. En la profunda sensación de soledad parece ser precisamente esta incapacidad de "integrar en la psique al otro (próximo, disponible y fiable)" que falló. Winnicott considera también "la capacidad de estar solo en presencia de otro" como un desarrollo necesario en el proceso de una psicoterapia. Si la soledad se siente en presencia del Otro, es también en presencia del Otro que se la puede tratar y preparar. Es necesario el Otro para que nos reapropriemos de nosotros mismos. El primer objetivo de cualquier proceso psicoterapéutico, sanación de la relación por la relación, es a través de un contacto emocional auténtico construir la posibilidad de esta experiencia.

\* Psicóloga clínica e Psicanalista, membro da Sociedade Portuguesa de Psicanálise, animadora de Grupos Balint-Educação. Professora Adjunta e Especialista na Escola Superior de Educação de Santarém.

## **SIMPOSIO: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CONTEXTO HOSPITALAR**

### **CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN EL ÁMBITO DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS**

**Agustín Martín Rodríguez y M<sup>a</sup> Ángeles Pérez San Gregorio**

**Universidad de Sevilla**

**amartinr@us.es; anperez@us.es**

El crecimiento postraumático se refiere a los cambios positivos que se generan en una persona como consecuencia del proceso de lucha que emprenden al experimentar un hecho traumático. En este contexto, las personas trasplantadas y sus familiares deben afrontar múltiples circunstancias estresantes mediante diversas estrategias de afrontamiento, tanto antes como después del trasplante (incertidumbre sobre la supervivencia, recurrencia de la enfermedad, efectos secundarios de los fármacos inmunosupresores, etc.). La vivencia de estas experiencias se asocia a diversas complicaciones psicológicas que suelen aparecer en la fase post-trasplante, tanto en los pacientes como en sus cuidadores: ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, etc. No obstante, estas complicaciones pueden coexistir con el crecimiento postraumático. Nuestro equipo de investigación en colaboración con el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla ha analizado si las estrategias de afrontamiento de los trasplantados hepáticos son diferentes a las de sus cuidadores, así como la influencia que puede marcar en dichas diferencias el nivel de crecimiento postraumático de los pacientes. Los resultados más relevantes fueron: a) un mayor nivel de crecimiento postraumático en los trasplantados hepáticos se asocia a un mayor empleo de estrategias de afrontamiento adaptativas (afrontamiento activo, apoyo instrumental, apoyo emocional y aceptación) por parte de éstos, en comparación con sus familiares. En estos últimos no existieron diferencias en función del nivel de crecimiento postraumático de los pacientes, b) un alto nivel de crecimiento postraumático por parte de los pacientes se asocia a un mayor empleo de la reevaluación positiva y la negación, tanto en pacientes como en familiares, y c) los pacientes utilizan más la estrategia de autoinculpación en comparación a sus familiares.

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad (Expediente PSI2014-51950-P)

# **COMUNICAÇÕES LIVRES -** **SIMPÓSIOS**

## **SIMPOSIO “INTERVENÇÕES EM DIFERENTES CONDIÇÕES DO CICLO DE VIDA DA MULHER: CANCRO DA MAMA, MENOPAUSA E ENVELHECIMENTO”**

### **SINTOMAS VASOMOTORES NA MENOPAUSA: ESTUDO PILOTO DE UMA INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Filipa Pimenta, João Maroco & Isabel Leal

WJCR – William James Center for Research, ISPA- Instituto Universitário

filipa\_pimenta@ispa.pt

**Resumo:** Entre 60 a 80% das mulheres com menopausa natural experimenta sintomas vasomotores; contudo, apenas 15-20% destas os considera problemáticos, referindo o desconforto, disrupção do sono, cansaço e embaraço a eles associados. Assim, este estudo piloto pretendeu averiguar a eficácia de uma intervenção individual, de orientação cognitivo-comportamental (4 sessões), para a atenuação dos sintomas vasomotores (suores noturnos e afrontamentos), numa amostra de 5 mulheres com sintomas moderados/graves. As participantes foram avaliadas (avaliação cega) em três momentos distintos (imediatamente antes e após a intervenção, e em follow-up após 4 meses). Os questionários preenchidos incluíam a subescala de sintomas vasomotores do Inventário de Gravidade de Sintomas de Menopausa, que avalia os sintomas tanto em frequência, como em intensidade. A intervenção mostrou-se eficaz para a atenuação dos suores noturnos em frequência ( $X^2(2)=7.538$ ;  $p=.023$ ) e em intensidade ( $X^2(2)=8.400$ ;  $p=.015$ ), mas não para os afrontamentos. Estudos recentes feitos na área poderão contribuir para explicar a não eficácia do programa implementado na atenuação dos afrontamentos.

**Palavras-chave:** sintomas vasomotores, intervenção, cognitivo-comportamental, menopausa

## **INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO ENVELHECIMENTO**

**Sofia von Humboldt**

**ISPA-IU**

O processo de envelhecimento acarreta alguns desafios muito específicos que podem influenciar o bem-estar dos indivíduos, com particular destaque na adultícia avançada.

Variáveis bio-psico-sociais características desta etapa da vida podem envolver um número variado de temas constituintes de desafios ou potenciadoras de dificuldades psicológicas e que podem ser pertinentes para o sentido interno de congruência apontados pelos idosos.

Os temas relacionados com perda, inadaptação a uma vida pós-reforma, incapacidades físicas e intelectuais, diminuição da autonomia, perda de pessoas significativas e luto, frequentemente trazidos para a consulta psicoterapêutica afetam diretamente os níveis de congruência dos idosos, e o seu bem-estar físico e emocional.

A intervenção psicológica no processo de envelhecimento pode assumir uma relevância significativa como facilitadora do estado de congruência no idoso e a aquisição de competências emocionais para lidar com os desafios característicos do envelhecimento. Numa perspectiva salutogénica de envelhecimento saudável, o processo terapêutico poderá produzir alterações ao nível do self, permitindo que as perceções que o indivíduo tem de si próprio se tornam amplas, realistas e coerentes com o organismo, e mais congruentes com o seu self desejado.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idosos; Intervenção Psicológica.

## **SIMPÓSIO: AS NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES: FAMÍLIAS HOMOPARENTAIS EM PORTUGAL E NO MUNDO**

Pedro Alexandre Costa.

William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário. Email:  
pcosta@ispa.pt.

### **Resumo**

A investigação sobre o desenvolvimento infantil em famílias homoparentais teve o seu início na década de 1980, impulsionada pelas disputas de custódias entre pais, de entre os quais um se revelou gay ou lésbica. Deste então os estudos que compararam grupos de crianças em famílias homoparentais e heteroparentais não mostraram evidência de que as crianças em famílias homoparentais não tem um desenvolvimento normativo. O objetivo deste simpósio é contextualizar a investigação internacional sobre diferentes configurações familiares homoparentais, com especial enfoque na realidade Portuguesa. A primeira apresentação consiste numa revisão sistemática da literatura sobre pais gays e bissexuais, sobre os quais persiste ainda um vazio na literatura. A segunda e terceira apresentações consistem em dois estudos qualitativos conduzidos em Portugal sobre famílias homoparentais; o primeiro com três famílias por adoção, e o segundo com quatro famílias cujos pais / mães tiveram filhos em anteriores relacionamentos heterossexuais. Finalmente, o quarto consiste num estudo quantitativo sobre famílias homoparentais e heteroparentais adoptivas, conduzido no Reino Unido. Pretende-se debater as questões associadas à parentalidade por pessoas gays, lésbicas e bissexuais, não só comparativamente com famílias de pais / mães heterossexuais, como também aprofundar os desafios e especificidades que o primeiro grupo de famílias enfrenta.

**Palavras Chave:** Homoparentalidade, Desenvolvimento Infantil, Vivências Parentais.

## OS PAIS ESTÃO BEM?

### Uma revisão sistemática e crítica de estudos sobre a parentalidade por homens gays e bissexuais

Francis Carneiro<sup>1</sup>,  
Fernando Salinas-Quiroz<sup>2</sup>,  
Fiona Tasker<sup>3</sup>, &  
Pedro Alexandre Costa<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário;

<sup>2</sup>Universidade Pedagógica Nacional do México; <sup>3</sup>Birkbeck University of London;  
Email: Fran\_Teplitzky@hotmail.com.

#### Resumo

O objetivo desta revisão sistemática da literatura foi de analisar o conhecimento disponível e identificar possíveis falhas na literatura sobre a parentalidade por homens gays e bissexuais. Foi realizada uma busca compreensiva da literatura através de bases de dados eletrónicas e listas de referências de artigos científicos publicados até Dezembro de 2013, tendo sido selecionados 47 artigos científicos empíricos, publicados entre 1979 e 2013. Mais de metade destes estudos foram publicados depois de 2005, e a esmagadora maioria destes foram conduzidos nos Estados Unidos. Foram identificadas sete categorias de estudos: (1) Desenvolvimento psicosocial das crianças; (2) Revelação da identidade sexual; (3) Comportamentos e experiências parentais; (4) Motivações para a parentalidade; (5) Identidades parentais e de género; (6) *Kinship* e trajetórias para a parentalidade; e (7) Ajustamento psicológico dos pais. Os resultados revelaram que a parentalidade por homens gays e bissexuais é mais heterogénea do que a parentalidade por mães lésbicas, e apresentam uma grande variedade de trajetórias (pro exemplo, adoção, acolhimento, ou gestação de substituição). Contudo, as famílias de dois pais estão a tornar-se mais visíveis e estão gradualmente a transformar o conceito de *família*.

**Palavras Chave:** Pais gays, Pais bissexuais, Trajetórias parentais, Famílias não-tradicionais, Famílias modernas.

## A QUALIDADE DAS VIVÊNCIAS PARENTAIS EM TRÊS FAMÍLIAS HOMOPARENTAIS PORTUGUESAS

Francis Carneiro<sup>1</sup>,  
Pedro Alexandre Costa<sup>1</sup>,  
Henrique Pereira<sup>2</sup>, &  
Isabel Leal<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário;

<sup>2</sup>Universidade da Beira Interior.  
pcosta@ispa.pt.

### Resumo

As famílias homoparentais são famílias constituídas por pais gays ou mães lésbicas que assumem a responsabilidade parental de uma criança, situação pouco estudada na realidade portuguesa. Este estudo teve como objetivo avaliar as vivências de três famílias homoparentais. A investigação seguiu uma linha qualitativa, no sentido em que para ser alcançado o objetivo em estudo, a obtenção dos dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas gravadas via áudio. Para a análise das entrevistas foi utilizada a técnica qualitativa de análise temática, esta que segundo Braun & Clarke (2006), é um método útil e flexível para a investigação em psicologia, sendo assim um método fundamental para a análise qualitativa, nomeadamente em áreas ainda pouco estudadas. Os resultados obtidos sugerem que as famílias apresentam-se capazes de oferecer um contexto familiar afetivo, saudável e potenciador de um desenvolvimento positivo à criança adotada. Sendo que este desenvolvimento saudável se revela independente da orientação sexual dos pais / das mães e dos laços biológicos, mas dependente da qualidade da relação entre pai/mãe-filho/a e dos vínculos de afeto seguros que estabelecem entre eles.

**Palavras-Chave:** Homoparentalidade, Vivências Parentais, Pais Gays, Mães Lésbicas, Adoção.

## **PAIS GAYS/BISSEXUAIS E MÃES LÉSBICAS/BISSEXUAIS:** Experiências de discriminação e enquadramento social das famílias

Inês Patrício<sup>1</sup>,  
Pedro Alexandre Costa<sup>2</sup>,  
Henrique Pereira<sup>3</sup>, &  
Isabel Leal<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>ISPA – Instituto Universitário; <sup>2</sup>William James Center for Research, ISPA –  
Instituto Universitário; <sup>3</sup>Universidade da Beira Interior.  
marines135garcia@gmail.com.

### **Resumo**

A literatura científica é consensual ao apontar para a inexistência de diferenças entre filhos de famílias homoparentais e heteroparentais. No entanto, em contextos sociais heterossexistas, as famílias homoparentais podem apresentar dificuldades acrescidas em termos das suas vivências sociais e integrativas. Apesar disso, através de recursos intrínsecos e extrínsecos adequados, estas configurações, podem ser capazes de colmatar possíveis efeitos negativos das experiências de estigmatização e vitimização social. O principal objetivo deste estudo, é conhecer as experiências sociais de um grupo de quatro famílias homoparentais portuguesas que conceberam os seus filhos em anteriores relacionamentos heterossexuais. Os dados foram recolhidos, por meio de um questionário sociodemográfico e de uma entrevista semiestruturada. Para a análise das entrevistas, foi utilizado o método de análise temática, que revelou cinco grandes temas: Revelação da identidade sexual aos filhos; revelação da identidade sexual à família de origem e contextos sociais mais alargados; vivência da parentalidade em contexto social e familiar; caracterização do envolvimento em contexto comunitário; dificuldades na vivência plena da identidade sexual. As principais conclusões apontam para diferenças entre mães lésbicas/bissexuais e pais gays/bissexuais em termos do seu enquadramento social e comunitário.

**Palavras-chave:** Homoparentalidade, Stress minoritário, Integração social e comunitária.

## TER O DIREITO AO DIREITO QUE TODOS TÊM:

### Estudo comparativo entre famílias adotivas homoparentais e heteroparentais

Giovani Silva<sup>1</sup>,  
Pedro Alexandre Costa<sup>2</sup>,  
Isabel Leal<sup>2</sup>, &  
Fiona Tasker<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>ISPA – Instituto Unbiversitário; <sup>2</sup>William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário; <sup>3</sup>Birkbeck University of London.  
gigiopaschoal@icloud.com.

#### Resumo

Comparamos as famílias heteroparentais e homoparentais com filhos adotivos de uma amostra ( $n = 150$ ) recolhida no Reino Unido. O objetivo foi apurar se haveriam diferenças entre estas configurações familiares no que diz respeito à satisfação com o suporte social, abertura sobre a adoção, abertura da configuração familiar interna e externa, níveis de estigma percebido, e níveis de stress parental. Utilizamos uma escala de stress parental (Parenting Daily Hassles Scale; Crnic & Greenberg, 1990), e grelhas para as restantes variáveis. As famílias homoparentais apresentaram menores níveis de stress e conversação mais frequente sobre a adoção do que as famílias heteroparentais. Verificou-se também que quando estas famílias conversam com frequência sobre a sua criança ser adotada, reportam menor nível de stress parental. O stress parental associado aos comportamentos desafiadores e à gestão das necessidades das crianças é menor quando a configuração familiar homoparental é conhecida na família alargada, na escola, e pelos colegas de classe. No geral, as famílias homoparentais apresentam níveis elevados de suporte social, e níveis reduzidos de estigma percebido e de stress parental. Estes resultados contribuem para uma melhor compreensão da homoparentalidade adotiva num contexto de aceitação e equidade das novas configurações familiares.

**Palavras Chave:** Homoparentalidade, adoção, suporte social, stress parental.

## **COMUNICAÇÕES LIVRES**

## **VALÊNCIA EMOCIONAL DAS MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS E PERSONALIDADE**

Numa população do género feminino

Joana Filipa Vicente Barbosa

ISPA- Instituto Universitário

Joanabrb@hotmail.com

### **Resumo**

Na área das memórias autobiográficas poucos são os estudos realizados apenas à população de género feminino, assim, esta investigação pretende verificar se são existentes diferenças acrescentando a variável idade, ou seja, se a evocação das memórias autobiográficas a sua valência emocional e a personalidade se altera perante as diversas fases de vida das mulheres.

A amostra é composta por 62 participantes, 31 sujeitos com idades variantes entre os 18 e os 30 anos e um segundo grupo com idades entre os 31 e 61 anos de idade. A metodologia utilizada prende-se na aplicação de escalas clínicas como a Tarefa de Memórias Autobiográficas, bem como o Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Estado Ansiedade Traço, Big Five Inventory, Questionário de Esquemas de Young, Inventário de Sintomas Psicopatológicos e a Nova Escala Multifactorial de Depressão.

Os resultados deste estudo verificaram-se contrários ao sentido esperado, sendo que não são observadas diferenças na evocação de memórias autobiográficas de valência emocional positiva entre os grupos, não são apresentados diferenças nos tempos de latência; o grupo etário mais jovem não apresenta um maior número de evocações. Por fim, não existe um aumento da Amabilidade, Conscienciosidade com o aumento da idade, assim como não existe relação entre este aumento e a redução das dimensões de Neuroticismo, Extroversão e Abertura à experiência.

**Palavras-chave:** Memórias Autobiográficas, Género, Idade, Personalidade, Valência Emocional.

### **Resumen**

En el área de las memorias autobiográficas pocos son los estudios realizados sólo a la población de género femenino. Así, esta investigación pretende verificar si existen diferencias añadiendo la variable edad, o sea, si la evocación de las memorias autobiográficas a su valencia emocional y la personalidad se altera ante las diversas fases de vida de las mujeres. El muestreo está compuesto por 62 participantes, 31 sujetos con edades variantes entre los 18 y los 30 años y un segundo grupo con edades entre los 31 y 61 años de edad.

La metodología utilizada se refiere a la aplicación de escalas clínicas como la Tarea de Memorias Autobiográficas, así como el Inventario de Depresión

de Beck, Inventario de Estado Ansiedad Traza, Big Five Inventory, Cuestionario de Esquemas de Young, Inventario de Síntomas Psicopatológicos y la Nueva Escala Multifactorial de Depresión.

Los resultados de este estudio se verificaron contrarios al sentido esperado, siendo que no se observan diferencias en la evocación de memorias autobiográficas de valencia emocional positiva entre los grupos, no se presentan diferencias en los tiempos de latencia; el grupo de edad más joven no presenta un mayor número de evocaciones. Por último, no existe un aumento de la Amabilidad, Conciencia con el aumento de la edad, así como no existe relación entre este aumento y la reducción de las dimensiones de Neuroticismo, Extroversión y Apertura a la experiencia.

**Palabras clave:** Memorias Autobiográficas, Género, Edad, Personalidad, Valencia Emocional.

### **Memórias Autobiográficas**

As Memórias Autobiográficas podem ser designadas como a habilidade de recordar experiências vividas no passado, sendo desta forma cruciais para o desenvolvimento e manutenção da identidade pessoal, estas podem assim ser descritas quanto à informação pessoal semântica, referente a factos pessoais, ou quanto à informação pessoal episódica referente a acontecimento únicos. Quanto ao self este é descrito como sendo a base do conhecimento autobiográfico, assim as memórias autobiográficas são definidas como um tipo de memória específica que refere à recordação da experiência do indivíduo tendo significado determinante para o sistema do Self.

Relativamente à população feminina em específico as diferenças entre géneros são observáveis desde a infância, assim as mulheres quando comparadas com os homens são descritas como sendo mais motivadas a serem prestadoras de cuidados, a possuir uma conexão mais forte, bem como a terem maior facilidade no acesso às memórias autobiográficas (Golombok & Fivush, 1994), quanto à evocação das memórias autobiográficas tendem também a recordar com maior clareza e detalhe (Davis, 1999). Segundo Grysman e Hudson (2013) estas diferenças encontradas entre géneros predem-se pela informação que os sujeitos escolhem reportar e não pela experiência emocional em si, referindo o recurso com maior frequência das mulheres à reminiscência.

Assim, na área das memórias autobiográficas poucos são os estudos realizados apenas à população de género feminino, assim, esta investigação pretende verificar se são existentes diferenças acrescentando a variável idade, ou seja, se a evocação das memórias autobiográficas a sua valência emocional e a personalidade se altera perante as diversas fases de vida das mulheres.

### **Metodologia da Investigação**

A amostra é composta por 62 participantes, 31 sujeitos com idades variantes entre os 18 e os 30 anos e um segundo grupo com idades entre os 31 e 61 anos de idade. A metodologia utilizada prende-se na aplicação de escalas

clínicas como a Tarefa de Memórias Autobiográficas, bem como o Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Estado Ansiedade Traço, Big Five Inventory, Questionário de Esquemas de Young, Inventário de Sintomas Psicopatológicos e a Nova Escala Multifactorial de Depressão. Perante a Tarefa de Memórias Autobiográficas, foi realizada uma categorização das memórias recolhidas tendo sido feitas por agrupamento de acontecimentos semelhantes, pela sua valência emocional e pela especificidade da memória.

## Resultados

Neste trabalho foram recolhidas 1302 memórias autobiográficas, sendo que, foram evocadas em média uma maioria de memórias categorizadas como específicas, segundo Robinson (1992), as mulheres evocam memórias com descrições mais detalhadas, mais vividas, mais emotivas e com maior significado individual. Foi também referido por Broverman, Vogel, Clarkson & Rosenkrantz (1972) que as mulheres apresentam maior facilidade em gerar memórias quando apresentadas palavras relacionadas com emoções ou afetos e que estas são mais recentes. Assim, as mulheres são tendencialmente mais detalhadas, emotivas e as suas narrativas apresentam-se melhor articuladas e com grande significado pessoal.

	18-30 Anos	31-61 Anos
<b>MA</b>	400	324
<b>MA Positivas</b>	51	51
<b>MA Negativas</b>	93	72
<b>MA Neutras</b>	256	201
<b>MA Específicas</b>	255	221
<b>MA Categóricas</b>	44	50
<b>MA Alargadas</b>	66	53

Tabela 1. Estatísticas Descritivas do número de memórias autobiográficas nos dois grupos etários.

Quanto à valência emocional das memórias autobiográficas ao contrário do que era esperado, estas verificaram-se ser na sua maioria de valência emocional neutra. Apesar de Schlagman e Kvavilashvili (2008) observarem que tanto em memórias voluntárias como involuntárias evocadas por frases positivas tinham uma valência mais positiva, do que memórias evocadas por frases neutras, estas tinham uma valência mais positiva do que memórias evocadas por frases negativas. Desta forma, as médias da valência emocional em qualquer um destes estudos eram tendencialmente neutras a apontar no sentido positivo.

Quanto à hipótese colocada se *existe menor número de memórias autobiográficas de valência emocional positiva evocadas em mulheres do grupo etário mais jovem do que na faixa etária de mulheres mais velhas.*

		<b>Faixas Etárias</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>P</b>
<b>Total</b>	<b>MA</b>	18-30 Anos	2,217	1,704	0,670
<b>Positivas</b>		31-61 Anos	2,550	1,932	

Tabela 2. Comparação do número médio de memórias autobiográficas de valência emocional positiva nos dois grupos etários.

Neste estudo, obteve-se um valor igualitário em memórias autobiográficas de valência emocional positiva em ambos os grupos etários (N=51). Assim, os resultados verificados não vão de encontro ao esperado tendo em conta a literatura sendo que, não demonstraram diferenças estatisticamente significativas. No estudo de Berntsen e Rubin (2002), onde estes mencionam que as memórias autobiográficas de valência emocional positiva eram reportadas por eventos em que os participantes eram significativamente mais novos.

A diferença de resultados obtidos quer na literatura, quer neste estudo pode ser justificada pela escassez de estudos nesta temática. Conclui-se deste modo, que a hipótese apresentada é infirmada.

Relativamente à hipótese: *Mulheres na faixa etária mais jovem apresentam tempos de latência menores na evocação de memórias autobiográficas do que nas mulheres de faixa etária mais velha.* Segundo os resultados obtidos num estudo de Rubin e Schulkind (1997) na qual foi delineada uma experiência para compreender a distribuição e evocação das memórias autobiográficas ao longo da vida onde foram usadas como variáveis a idade, o género e o tempo de latência, foi observado pelos autores um aumento no tempo de reação com o aumento da idade dos sujeitos.

No entanto, neste estudo não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, apesar de se verificar uma ligeira diferença, este facto pode ser justificado uma vez que os grupos etários apresentam idades relativamente próximas. Neste sentido, mulheres que se encontrem em faixas etárias mais velhas (31-61), que estejam no limiar do grupo de mulheres em faixas etárias mais novas (18-30), podem estar a enviesar estes resultados, visto que alguns sujeitos deste segundo grupo têm apenas um ano de diferença. Ainda como possível justificação deste enviesamento, segundo o estudo dos autores referidos, a diferença etária entre os grupos estudados foi de 35 anos, deste modo, o grupo jovem encontra-se no início da idade adulta, onde a população é ativa (existência de estímulo do processamento cognitivo) e o grupo de idosos neste estudo situa-se em idades mais avançadas onde na sua maioria se trata de população inativa (reduzido estímulo cognitivo). Deste modo, conclui-se que a hipótese foi infirmada.

Segundo a hipótese: *Se grupo etário de mulheres mais velhas apresenta menor número de evocações de memórias autobiográficas de valência emocional negativa então, o grupo etário mais jovem apresentam maior número de evocações.*

No estudo de Berntsen e Rubin (2002), é possível verificar que independentemente da valência emocional, as mulheres de faixas etárias mais novas evocaram um maior número de memórias autobiográficas do que mulheres mais velhas. Esta hipótese foi sustentada no estudo de Mather e Carstensen (2005), onde é referido que conforme envelhecemos tomamos como prioritários os acontecimentos positivos e os acontecimentos que possam aumentar o sentimento negativo são esquecidos. Na análise de resultados foi possível observar que, existem diferenças entre os grupos etários, sendo que no grupo de mulheres de faixas etárias mais novas a média é superior ( $M=3,321$ ) do que no grupo de mulheres de faixas etárias mais velhas inferior ( $M=2,769$ ), contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas, sendo assim, infirmada a hipótese, porém com linhas de tendência a ser confirmada.

Outra hipótese colocada neste estudo seria se *existe relação entre o aumento da idade no género feminino e o aumento da Amabilidade e Conscienciosidade*.

Na relação dos Traços com a idade, os autores defendem que, à medida que se envelhece, a "Amabilidade" e a "Conscienciosidade" sofrem um relativo aumento (Costa & McCrae, 1994). Nesta hipótese foram verificadas diferenças nos níveis de Amabilidade e Conscienciosidade, sendo que neste último é estatisticamente significativo. A relação entre o aumento da idade e os níveis de Amabilidade podem ser justificados, uma vez que com o aumento da idade as pessoas dão mais importância aos acontecimentos de valência emocional positiva (Mather & Carstensen, 2005), deste modo, e em conformidade com a dimensão Amabilidade (A) as pessoas tornam-se mais confiáveis, altruístas, modestas e com princípios, sendo estes aspetos de valência emocional positiva na cultura Portuguesa; e ainda no que concerne ao aumento da dimensão Conscienciosidade (C) com a idade, as pessoas através das suas experiências de vida dispensam o que não é relevante, tornando-as mais objetivas. Em conclusão a esta hipótese, esta é infirmada com linhas de tendência a ser confirmada.

Por fim, na hipótese: *Existe relação entre o aumento da idade no género feminino e a redução dos valores nas dimensões Neuroticismo (N), Extroversão (E) e da Abertura à experiência (O)*.

À medida que se envelhece o "Neuroticismo", a "Extroversão" e a "Abertura à Experiência" tendem a decrescer (Costa & McCrae, 1994). No entanto não se verificam os níveis inferiores de Neuroticismo, Extroversão e Abertura à Experiência nas mulheres mais velhas, quando comparado com mulheres do grupo etário mais jovem, visto que o neuroticismo remete para valências emocionais negativas, sendo que o valor obtido é mais baixo vem em concordância com os autores Mather e Carstensen (2005), que referem que, o grupo etário mais velho vai atribuir maior importância a acontecimentos de valência emocional positiva, existindo menos emotividade consequentemente uma adaptação emocional, sujeitos mais calmos e mais relaxados. Os resultados obtidos na dimensão extroversão foram superiores na faixa etária mais jovem do que na faixa etária mais velha, tendo sido em concordância com a hipótese, porém não se verificou valores estatisticamente significativos, ou seja, se a população mais velha apresenta um valor de extroversão mais baixo, significa que os sujeitos são menos energéticos, menos ativos e mais reservados.

Estas conclusões vão em conformidade com o que foi anteriormente mencionado na dimensão neuroticismo, visto que os sujeitos são mais relaxados e tranquilos. Por último, na dimensão abertura à experiência com o aumento da idade esta diminui o que significa que os sujeitos não apresentam abertura a novas experiências, a novos pensamentos e mostram-se mais reservados. Apesar dos valores obtidos irem em concordância com a hipótese estes não são estatisticamente significativos, infirmando a mesma.

Os resultados deste estudo verificaram-se contrários ao sentido esperado, sendo que não são observadas diferenças na evocação de memórias autobiográficas de valência emocional positiva entre os grupos, não são apresentados diferenças nos tempos de latência; o grupo etário mais jovem não apresenta um maior número de evocações. Por fim, não existe um aumento da Amabilidade, Conscienciosidade com o aumento da idade, assim como não existe relação entre este aumento e a redução das dimensões de Neuroticismo, Extroversão e Abertura à experiência.

## **Reflexão Final**

Como se sabe, a evocação de recordações é seletiva, uma vez que nos lembramos de uns acontecimentos e de outros não, este facto pode ser justificado segundo a literatura revista devido à importância emocional que cada pessoa atribui ao acontecimento, deste modo, as valências atribuídas por cada sujeito têm um papel fulcral no estudo das memórias autobiográficas.

Referente à velocidade de processamento de evocação de memórias autobiográficas, o seu decréscimo está relacionado com o aumento da idade, neste estudo não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, devido ao facto o intervalo de idades entre os dois grupos ser reduzido, o que poderá ter enviesado estes resultados, apesar de terem sido visíveis essas diferenças. O decréscimo da velocidade de processamento vai diminuir o nível cognitivo com o aumento da idade, e por consequente as suas capacidades e funcionalidades, como o processamento de informação, aumentando assim o tempo de latência de resposta dos sujeitos mais velhos. Desta forma, a perda de capacidade vai ter repercussões a nível do processamento da informação e a declínios da memória, provocando uma distorção da autoimagem do sujeito, e a uma diminuição da autoestima. Com esta informação pode-se utilizar atividades de estimulação cognitiva a nível psicoterapêutico para contribuir para um melhor bem-estar da população idosa.

Com o aumento da idade em relação à personalidade, foi verificado que as mulheres tendem a ser mais altruístas, bondosas, prestáveis e confiáveis minimizando os aspetos considerados supérfluos da vida, dando assim, menos importância a acontecimentos de valência emocional negativa. Foi assim possível verificar ainda com este aumento, que estas apresentam um tipo de personalidade mais reservada socialmente, mais calmas e relaxas não sendo curiosas, e, portanto, mais limitadas no que concerne a novas experiências. Assim, pode-se concluir que as pessoas do género feminino com o avanço da idade dão menos importância a aspetos da vida de valência emocional negativa, no entanto a limitação a novas experiências poderá contribuir para um modo de vida demasiado rotineiro, uma vez que as faixas etárias mais jovens apresentam

uma maior necessidade de recorrer ao processamento da informação devido à sua vida mais ativa, ao contrário do que acontece com as faixas etárias mais velhas, o que poderá prejudicar a nível psicológico da pessoa.

Estes resultados podem ser justificados através da informação observada na realização do protocolo, onde se percepcionou que as histórias relatadas pela população de mulheres numa faixa etária mais idosa eram maioritariamente de valência emocional negativa no que concerne a uma visão cultural, porém como não foram mencionadas terminologias como "triste", "mau" e "infeliz", estas através dos critérios de categorização realizados foram classificadas como neutras, deste modo, estas informações não foram tidas em conta à categorização de valências emocionais aqui estudadas, o que poderá ter contribuído para que não fossem observadas diferenças nos resultados obtidos.

Concluindo, neste trabalho e perante os dados adquiridos a memória parece resistir ao impacto dos efeitos do tempo, talvez por ser construída perante situações com alto grau de emoção, sendo estas mais relevantes para as pessoas, e por sua vez mais difíceis de serem esquecidas.

## Referências Bibliográficas

- Alea, N., Vick, S. and Hyatt, A. (2010). The Content of Older Adults, Autobiographical Memories Predicts the Beneficial Outcomes of Reminiscence Group Participation. *Journal of Adult Development*, 17(3), pp.135-145.
- Berntsen, D. & Ramussen, A. S. (2010). Personality traits and autobiographical memory: Openness is positively related to the experience and usage of recollections. *Memory*, 774-786.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2002). Emotionally charged autobiographical memories across the life span: *The recall of happy, sad, traumatic, and involuntary memories*. *Psychology and Aging*, 17, 636-652.
- Brewer, W.F. (1986). What is autobiographical memory? In D.C. Rubin (Ed), *Autobiographical memory*. pp.25-49. New York: Cambridge University Press.
- Broverman, I. K., Vogel, S. R., Broverman, D.M., Clarkson, F.E., & Rosenkrantz, P.S. (1972). Sex-role stereo-types: A current appraisal. *Journal of Social Issues*, 28 (2), 59- 78.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp.87-109). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Cláudio, V. (2004). *Da trama das minhas memórias o fio que tece a depressão: Esquecimento dirigido e memória autobiográfica na depressão major*. Lisboa: ISPA.

- Cheung, H. N. & Power, M. J. (2012). The Development of a New Multidimensional Depression Assessment Scale: *Preliminary Results. Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 170 – 178.
- Collins, K., Pillemer, D., Ivcevic, Z. and Gooze, R. (2007). Cultural script guide recall of intensely positive life events. *Memory & Cognition*. 35(4), pp. 651-659.
- Conway, M. A., Singer, J. A., & Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: Correspondence and coherence. *Social cognition*, 22(5), 491.
- Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1994a). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. In T. F. Heatherton & J. L. Weinberger (Eds.), *Can personality change?*. Washington DC: American Psychological Association.
- Costa, P. T., & MacCrae, R. R. (2000). NEO PI-R: inventário de personalidade NEO revisto: manual profissional
- Davis, P. J. (1999). Gender differences in autobiographical memory for childhood emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*, 76(3), 498.
- Fivush, R., Bohanek, J., Zaman, W. and Grapin, S. (2012). Gender Differences in Adolescents, *Autobiographical Narratives*.
- Holland, A. C., & Kensinger, E. A. (2010). Emotion and autobiographical memory. *Physics of life reviews*, 7(1), 88-131.
- Hudson, J. A & Grysman, A. (29 de Julho de 2013). Gender differences in autobiographical memory: Developmental and methodological consideration. *Developmental Review*, pp. 239-272.
- Mather, M., & Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in cognitive sciences*, 9(10), 496-502.
- Rasmussen, A. S., & Berntsen, D. (2009). Emotional valence and the functions. *Memory & Cognition*, 37(4), 477-492.
- Reiser, B. J. Black. JB, & Kalamarides, P.(1986). Strategic memory search processes. *Autobiographical memory*, 100-121.
- Ros, L., & Latorre, J. M. (2010). Gender and age differences in the recall of affective autobiographical memories using the autobiographical memory test. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 950-954.
- Schlagman, S., Kliegel, M., Schulz, J., & Kvavilashvili, L. (2009). Differential effects of age on involuntary and voluntary autobiographical memory. *Psychology and aging*, 24(2), 397.
- Spielberger, C. D, Gorsuch, R. L, Lushene, R. E. (1979). Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE - Manual. Trad e adaptação Ângela Biaggio. Rio de Janeiro: CEPA.

St. Jacques, P. L., Conway, M. A., & Cabeza, R. (2011). Gender differences in autobiographical memory for everyday events: retrieval elicited by SenseCam images versus verbal cues. *Memory*, 19(7), 723-732.

## NA INTERACÇÃO DE CASAL:

### Relação entre os estilos de vinculação do adulto, os esquemas precoces desadaptativos e as relações interpessoais

Sara Gonçalves Romero Damas  
ISPA – Instituto Universitário  
saradamas@msn.com

#### Resumo

A Vinculação do Adulto tem suscitado cada vez mais investimento na literatura científica, destacando a conceptualização fundamental entre as relações precoces na infância e a sua importância nas relações interpessoais estabelecidas na adultícia. Este trabalho apresenta como premissas compreender a relação entre os estilos de vinculação na idade adulta e os esquemas precoces desadaptativos nas relações interpessoais, realçando características intraindividuais no contexto da interacção de casal.

A amostra constituiu-se por 150 participantes, perfazendo 75 casais heterossexuais, com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos. Foram administrados nove instrumentos: *Carta sobre o Consentimento Informado*, *Questionário Sociodemográfico*, *Escala de Vinculação do Adulto (EVA)*, *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)*, *Questionário de Esquemas de Young (YSQ)*, *Inventário de Problemas Interpessoais (IIP-64)*, *Nova Escala Multi-Dimensional da Depressão (NMDAS)*, *Inventário de Ansiedade Estado e Traço – Forma Y (STAI-Y)* e *Inventário de Depressão de Beck (BDI)*.

Com base nos resultados encontrados verificou-se uma congruência intracasal, relativamente aos estilos de vinculação do adulto. Observaram-se também diferenças significativas entre os estilos de vinculação do adulto e a utilização de esquemas precoces desadaptativos e entre os estilos de vinculação do adulto, mormente nos indivíduos *inseguros*, e os problemas interpessoais. Foram encontradas ainda diferenças entre os esquemas precoces desadaptativos e os problemas interpessoais. Não foram encontradas diferenças entre os estilos de vinculação *inseguros* e os esquemas precoces desadaptativos.

**Palavras-Chaves:** Vinculação do Adulto, Esquemas Precoces Desadaptativos, Relações Interpessoais de Casal

#### Resumen

La Vinculación del Adulto ha suscitado cada vez más inversión en la literatura científica, destacando la conceptualización fundamental entre las relaciones precoces en la infancia y su importancia en las relaciones interpersonales establecidas en la edad adulta. Este trabajo presenta como premisas comprender la relación entre los estilos de vinculación en la edad adulta y los esquemas tempranos mal adaptativos en las relaciones interpersonales, destacando características intraindividuales en el contexto de la interacción de pareja.

La muestra fue de 150 participantes, haciendo 75 parejas heterossexuales, con edades comprendidas entre 20 y 40 años. Se han administrado nueve

instrumentos: *Carta sobre el Consentimiento Informado*, *Cuestionario Sociodemográfico*, *Escala de Vinculación del Adulto (EVA)*, *Inventario de Síntomas Psicopatológicos (BSI)*, *Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ)*, *Inventario de Problemas Interpersonales (IIP-64)*, *Nueva Escala Multi-Dimensional de la Depresión (NMDAS)*, *Inventario de Ansiedad Estado y Traza - Forma Y (STAI-Y)* y *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*.

Con base en los resultados encontrados se verificó una congruencia intrapareja, en relación a los estilos de vinculación del adulto. Se observaron también diferencias significativas entre los estilos de vinculación del adulto y la utilización de esquemas tempranos mal adaptativos, y entre los estilos de vinculación del adulto, sobre todo en los individuos *inseguros*, y los problemas interpersonales. Se encontraron diferencias entre los esquemas tempranos mal adaptativos y los problemas interpersonales. No se encontraron diferencias entre los estilos de vinculación *inseguros* y los esquemas tempranos mal adaptativos.

**Palabras clave:** Vinculación del Adulto, Esquemas Tempranos Mal Adaptativos, Relaciones Interpersonales de Pareja

### Teoria da Vinculação na Idade Adulta

A Teoria da Vinculação foi formulada inicialmente por John Bowlby, em 1958 (1969). Este autor preconizava que a Vinculação é a relação, afectiva e cognitiva, que se estabelece com uma ou mais figuras cuidadoras, que permanece através do tempo e do contexto, sendo uma relação de proximidade e afectividade que providencia protecção e segurança para o bebé explorar (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978a; Bowlby, 1988; Lightfoot, Cole & Cole, 2008; Monteiro & Veríssimo, 2009). Assim, é possível pensar que a vinculação acompanha o sujeito ao longo de todo o seu ciclo vital e que a qualidade dessa mesma vinculação tende a permanecer de geração em geração (Bowlby, 1982).

Desta forma, tem-se estudado cada vez mais a Vinculação no Adulto em que diversos autores defendem a existência de similitudes entre as relações de vinculação na infância e as relações de cariz amoroso na idade adulta (Hazan & Shaver, 1987; Roisman, Madsen, Henninghausen, Sroufe & Collin, 2001; Waters, Kondo-Ikemura, Posada & Richters, 1991).

Ao conceptualizarem as relações íntimas como relações de vinculação, Hazan e Shaver (1987) identificaram três estilos de vinculação na idade adulta, associados a formas distintas de vivenciar o relacionamento amoroso. Neste sentido, foi elaborado um modelo bidimensional formado por eixos dicotómicos compostos por *modelos de si* e *modelos dos outros* (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991). Por um lado, a positividade e negatividade do *modelo do self*. Por outro lado, a positividade e negatividade do *modelo de representação dos outros* (Griffin & Bartholomew, 1994). Da interface destes eixos surgem quatro estilos de vinculação, sendo estes *Seguro*, *Inseguro Evitante Desligado*, *Inseguro Evitante Amedrontado* e *Inseguro Preocupado* (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Indivíduos com estilo de vinculação *seguro* apresentam modelos positivos de si e dos outros, manifestando baixos níveis tanto de ansiedade como de

evitamento face à intimidade (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994).

Por sua vez, indivíduos com um estilo de vinculação *inseguro evitante desligado* possuem um modelo positivo do *self* mas negativo dos outros, manifestando um baixo nível de ansiedade mas um elevado evitamento de proximidade (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994).

Indivíduos com estilo de vinculação *inseguro evitante amedrontado* operam através de modelos negativos tanto de si como dos outros, manifestando uma elevada ansiedade e evitamento, no entanto possuem um desejo de contacto social que é inibido por medos associados às suas consequências, como perda, rejeição, abandono (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994).

Já indivíduos com um estilo de vinculação *inseguro preocupado* apresentam um modelo negativo do *self* mas positivo dos outros, manifestando uma elevada ansiedade mas um baixo evitamento face à proximidade (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994).

Assim, é possível pensar que os modelos representacionais de vinculação constroem-se durante a infância e tendem a persistir até e durante a vida adulta.

### **Esquemas Precoces Desadaptativos**

Os esquemas possibilitam a organização das experiências externas do indivíduo em padrões de significado, reduzindo alguma complexidade do meio (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Um esquema é assim um vasto princípio organizador que permite dar sentido às experiências de vida, fornecendo heurísticas úteis, no entanto, podem igualmente ser encarados como estruturas disfuncionais quando envolvem cognições profundamente inflexíveis (Cláudio, 2009; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Estes últimos denominam-se esquemas precoces desadaptativos, sendo que são consideravelmente estáveis e duradouros (Young & Brown, 1990). Resultam das relações precocemente estabelecidas com as figuras cuidadoras, constituindo-se como protótipos para o processamento de experiência posterior (Harris & Curtin, 2002). Caracterizam-se ainda por serem idiossincráticos e resistentes à mudança, sendo que qualquer possibilidade de transformação é percebida pelo indivíduo como uma ameaça e como um factor desestabilizador (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011). Estes esquemas podem permanecer inibidos no interior dos indivíduos, contudo na idade adulta um dado acontecimento externo ou a interpretação deste, pode activar o esquema desadaptativo, implicando uma resposta do sujeito em forma de sintoma (Cláudio, 2009).

### **As Relações Interpessoais de Casais – à Luz da Teoria da Vinculação e dos Esquemas Precoces Desadaptativos**

As relações interpessoais consistem nas interações que os indivíduos mantêm com os outros, determinando aquilo que são através de como se comportam e reagem ao comportamento destes (Simons, Simons & Wallace, 2004). As relações amorosas são uma parte central na vida dos indivíduos, dado que estes têm uma necessidade básica para serem aceites e cuidados, bem como para retribuir esses afectos (Fonseca & Duarte, 2014).

As bases para o estabelecimento de relações íntimas na idade adulta são provenientes da infância, entendendo-se as relações precocemente

estabelecidas como prototípicas das relações íntimas estabelecidas na adultícia (Roisman et al., 2001; Waters et al., 1991). Desta forma, o modo como o indivíduo vive a relação conjugal é fortemente influenciado pelas experiências que estabeleceu na relação precoce com a sua figura de vinculação. Assim sendo, o modelo relacional do casal terá tido origem não só nos esquemas precoces como nos estilos de vinculação de cada cônjuge e que, ao serem introduzidos na relação, caracterizam o seu funcionamento (Cabral, 2015; Pinheiro, 2015).

### Objectivo de Estudo

Este estudo tem como objectivo primário compreender e verificar a relação entre os estilos de vinculação do adulto e os esquemas precoces desadaptativos nas relações interpessoais, realçando características intraindividuais no contexto da interacção de casal.

### Metodologia da Investigação

75 Casais Heterossexuais		
	Frequência	%
<b><u>Idade</u></b>	(M=32.01; DP=5.69)	
<b><u>Habilitações Literárias</u></b>		
Ensino Superior	60	40.0
<b><u>Estado Civil</u></b>		
União de Facto	88	58.7

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra

No presente estudo, a amostra é constituída por 75 casais heterossexuais, com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos. Ao nível de habilitações literárias, a maioria dos sujeitos possui o Ensino Superior. No que concerne ao estado civil, a maioria dos casais (59%) encontram-se em união de facto.

	Frequência	%
<b><u>Tempo de Coabitação do Casal (meses)</u></b>	(M=71.44; DP=61.32)	

Tabela 2 – Caracterização Familiar da Amostra

Relativamente ao tempo de coabitação do casal, os valores oscilam entre 2 meses e 19 anos, com uma média de 71.44 meses (aproximadamente 6 anos).

### Instrumentos Aplicados

No presente estudo, o protocolo de investigação consistiu na administração de 9 instrumentos, tendo em consideração os objectivos, pela seguinte ordem:

A Carta sobre o Consentimento Informado, que tem como principais objectivos solicitar a disponibilidade dos participantes para colaborar no estudo e informar os mesmos acerca da duração do protocolo de investigação e das questões relativas ao anonimato e à confidencialidade, informando ainda que a participação é voluntária e anónima. O Questionário Sociodemográfico, com o objectivo de recolher e caracterizar variáveis sociodemográficas de cada elemento da diáde.

De seguida, administrou-se a Escala de Vinculação do Adulto (EVA), em que o indivíduo deve assinalar *como se sente nas relações afectivas que estabelece*. O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que mais afecta o indivíduo. O Questionário de Esquemas de Young (YSQ) possibilita avaliar os Esquemas Precoces Desadaptativos desenvolvidos durante o período da infância. O Inventário de Problemas Interpessoais (IIP-64) tem o objectivo de determinar as causas do sofrimento interpessoal e avaliar temas interpessoais recorrentes. A Nova Escala Multi-Dimensional da Depressão (NMDAS) permite avaliar quatro domínios da sintomatologia depressiva (*Emocional, Cognitiva, Somática e Interpessoal*). O Inventário de Ansiedade Estado e Traço – Forma Y (STAI-Y) tem o intuito de avaliar os níveis de *ansiedade estado* (desencadeada por uma situação num dado momento, ou seja, um estado emocional transitório) e *ansiedade traço* (predisposição relativamente estável para reagir com ansiedade a situações geradoras de *stress* e maior tendência para avaliar determinadas situações como ameaçadoras). O Inventário de Depressão de Beck (BDI) possibilita uma avaliação subjectiva da severidade da sintomatologia depressiva.

### Análise e Discussão dos Resultados

#### Escalas Clínicas

O protocolo de investigação do presente estudo engloba quatro escalas clínicas, designadamente, o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)*, a *Nova Escala Multi-Dimensional de Depressão (NMDAS)*, o *Inventário de Ansiedade Estado e Traço – Forma Y (STAI-Y)* e o *Inventário de Depressão de Beck (BDI)*.

BSI (IGS)		NMDAS		STAI-Y (E)		STAI-Y (T)		BDI	
Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
.73	.54	93.17	27.71	42.95	9.11	44.59	10.12	8.25	5.80

Tabela 3 – Análises Descritivas dos Resultados das Escalas Clínicas

Embora estes instrumentos sejam inventários de rastreio, não permitindo por si só fazer diagnósticos psicopatológicos, foi possível verificar que todos os resultados apresentam valores médios dentro dos limites da normalidade, logo a amostra do presente estudo não é afectada por psicopatologia.

**Hipótese 1.** *Se dois indivíduos formam um casal, então tendem a apresentar o mesmo estilo de vinculação.*

Estilo de Vinculação	N	%
Estilo Seguro	126	84.00
Estilo Inseguro	21	14.00
Não classificável	3	2.0

Figura 1 – Distribuição dos Estilos de Vinculação nos Elementos do Casal

Segundo a análise da distribuição dos estilos de vinculação dos 150 indivíduos que constituem a amostra, regista-se uma maior prevalência de indivíduos classificados como seguros (84%) comparativamente a inseguros (14%).

Estilo de Vinculação	N	%
Congruente	54	72.00
Incongruente	18	24.00

Figura 2 – Congruências e Incongruências da Vinculação Intracasal

Neste sentido, analisou-se as congruências e incongruências da vinculação intracasal. Verificou-se que 72% dos casais que constituem a amostra apresentam o mesmo estilo de vinculação que o seu parceiro amoroso e apenas 24% apresentam um estilo de vinculação incongruente ao do seu companheiro.

Estes resultados parecem estar em conformidade com a literatura, que nos sugere que os indivíduos tendem a estabelecer uma relação com parceiros com padrões de vinculação semelhantes, ou seja, que os estilos de vinculação dos elementos do casal são, frequentemente, congruentes entre si (Collins & Read, 1990; Feeney, 1994). Assim sendo, confirma-se a primeira hipótese do estudo.

**Hipótese 2.** *Se os indivíduos apresentam estilos de vinculação inseguros, então apresentam mais esquemas precoces desadaptativos, comparativamente a indivíduos com estilos de vinculação seguros.*

Para se verificar diferenças estatisticamente significativas recorreu-se ao teste paramétrico *t-Student*, para os esquemas em que o pressuposto da normalidade se verificou.

*Teste T-student*

	Inseguros (n=21)		Seguros (n=126)	
Esquemas Precoces Desadaptativos	Média	DP	Média	DP
Abandono	2.71	.88	1.93	.65
Desconfiança	2.45	.73	1.72	.63
Vulnerabilidade ao Prejuízo ou Doença	2.93	.82	2.05	.76
Inibição Emocional	3.61	.99	2.96	1.06
Auto-Sacrifício	2.79	.79	2.10	.61
Padrão Rígido	3.01	.94	2.23	1.00
Medo de Perder o Controlo	2.20	.83	1.51	.58
Défice de Auto-Controlo	2.89	.96	1.96	.86

Figura 3 – Diferenças entre os Estilos de Vinculação Seguros e Inseguros e os Esquemas Precoces Desadaptativos (com recurso ao teste *t-Student*)

Foi possível observar resultados mais elevados no grupo dos inseguros.

No que concerne aos esquemas em que o pressuposto da normalidade não se verificou realizou-se o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney*.

*Teste de Mann-Whitney*

	Inseguros (n=21)	Seguros (n=126)
Esquemas Precoces Desadaptativos	Média de Ordem	Média de Ordem
Perda Emocional	101.93	69.35
Dependência	70.29	74.62
Dependência Emocional	109.19	68.13
Deficiência	98.88	69.85
Falha de Realização	102.79	69.20
Auto-Imagem	106.86	68.52
Inferioridade	112.36	67.61

Figura 4 – Diferenças entre os Estilos de Vinculação Seguros e Inseguros e os Esquemas Precoces Desadaptativos (com recurso ao teste *Mann-Whitney*)

Novamente, observaram-se resultados mais elevados no grupo dos inseguros, à excepção do esquema desadaptativo *Dependência*.

Estes resultados são consentâneos com o esperado teoricamente, uma vez que sujeitos com estilos de vinculação *seguros*, estabelecem facilmente relações de proximidade com os outros, sentindo-se confortáveis com a intimidade que lhes é inerente. Assim, desenvolvem menos esquemas precoces desadaptativos, uma vez que também as relações com as suas figuras de vinculação subsistiram sob sentimentos de segurança e protecção (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994; Young et al., 2003). Esta concepção teórica poderá explicar os valores superiores encontrados nos indivíduos *seguros* face aos *inseguros* no que remete para o uso de esquemas de *dependência*, uma vez que se sentem de tal forma amados e amparados que se poderá tornar num envolvimento emocional e numa proximidade excessiva com os outros significativos (Young et al., 2003).

Já os indivíduos *inseguros* expressam uma dificuldade na gestão da proximidade com os outros, caracterizando-se pelo desconforto que

experienciam no seio dessa proximidade e intimidade nas relações sociais. Uma vez que estes comportamentos relacionais se iniciaram nas relações com as suas figuras de vinculação, estes indivíduos desenvolvem e utilizam mais esquemas precoces desadaptativos (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994; Young et al., 2003). Desta forma, confirma-se a segunda hipótese do estudo.

**Hipótese 3.** *Se os indivíduos apresentam estilos de vinculação inseguros, então existem diferenças nos esquemas precoces desadaptativos utilizados.*

Esquemas Precoces Desadaptativos	Inseguro Desligado (n=3)		Inseguro Preocupado (n=15)		Inseguro Amedrontado (n=3)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Inibição Emocional	4.12	.69	3.45	1.06	3.88	.90

Figura 5 – Diferenças entre os Estilos de Vinculação Inseguros e os Esquemas Precoces Desadaptativos

Através da análise dos resultados observa-se uma tendência dos três estilos de vinculação *inseguros* (*desligados*, *preocupados* e *amedrontados*), para utilizarem preferencialmente o esquema precoce desadaptativo de *Inibição Emocional*, ao contrário do esperado, infirmo-se assim a terceira hipótese do estudo.

Desta forma, estes resultados poderão explicar-se através da ideia de que um sujeito com estilo de vinculação *inseguro* irá desenvolver esquemas precoces desadaptativos que irão corroborar o seu estilo de vinculação (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994; Young et al., 2003).

Para além disso, o esquema *Inibição Emocional* remete para um sujeito que considera que ao expressar as suas emoções causará mal-estar nos outros. De certa forma, o indivíduo *inseguro desligado* minimiza as suas percepções subjectivas de angústia ou de necessidades sociais, negando defensivamente a necessidade ou o desejo de relacionamentos próximos. Os indivíduos *inseguros preocupados* bem como os *inseguros amedrontados* detêm um modelo negativo do *self*, acreditando que não merecem nada dos outros e que não lhes trarão nada de positivo (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994).

**Hipótese 4.** *Se os indivíduos apresentam estilos de vinculação inseguros, então apresentam diferenças nos problemas interpessoais.*

Dimensões do IIP	Inseguro Desligado (n=3)		Inseguro Preocupado (n=15)		Inseguro Amedrontado (n=3)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Auto-Sacrifício	1.71	.51	1.90	.63	2.17	.95
Socialmente Inibido	1.80	1.12	1.20	.84	1.08	.31

Figura 6 – Diferenças entre os Estilos de Vinculação Inseguros e os Problemas Interpessoais

Observou-se uma tendência para os indivíduos *inseguros, preocupados e amedrontados*, apresentarem problemas interpessoais de *Auto-Sacrifício*, enquanto nos indivíduos *inseguros desligados* subsiste a dimensão *Socialmente Inibido*.

Estes problemas interpessoais parecem ser consentâneos com o modelo bidimensional de vinculação do adulto, nomeadamente o modelo negativo de si e dos outros (Bartholomew & Horowitz, 1991). Os indivíduos *inseguros preocupados e amedrontados* detêm um profundo sentido de auto-desmerecimento devido ao modelo negativo que têm de si próprios, apresentando maioritariamente problemas interpessoais de *Auto-Sacrifício*. Os indivíduos *inseguros desligados* apresentam um elevado evitamento de proximidade, decorrente das expectativas negativas que têm dos outros, negando o valor das relações íntimas e exacerbando a independência (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994), corroborando os seus problemas interpessoais de *Inibição Social*. Estas considerações são coerentes com a literatura que reforça que indivíduos *inseguros* aparentam mais dificuldades no domínio interpessoal (Givertz & Safford, 2011; Mikulincer, Gillath & Shaver, 2002), sendo mais propensos a percepcionarem situações indutoras de ansiedade como uma confirmação de que não dispõem de competências sociais (Canavarro, 1999). Desta forma, na incapacidade de possuírem estratégias relacionais adequadas, estes indivíduos tendem a apresentar problemas comunicacionais e na expressão adequada dos sentimentos, recorrendo a estratégias disfuncionais e destrutivas (Overall & Simpson, 2013). Assim, confirma-se a quarta hipótese deste estudo.

**Hipótese 5.** *Se os indivíduos apresentam problemas interpessoais, então estes associam-se a diferentes esquemas precoces desadaptativos.*

Dimensões do IIP	1	2	3	4	5	6	7	8
Esquemas Precoces Desadaptativos	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Auto-Imagem	.31**	.36**	.32**	.42**	.49**	.61**	.44**	.36**
Auto-Sacrifício	.37**	.45**	.46**	.38**	.47**	.40**	.38**	.31**
Inferioridade	.30**	.31**	.25**	.37**	.52**	.51**	.37**	.34**
Padrão Rígido	.45**	.33**	.20*	.19*	.20*	.26**	.34**	.36**
Medo de Perder o Controlo	.44**	.42**	.37**	.33**	.32**	.31**	.45**	.46**

Nota: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; *r* – Correlação de Pearson.

Legenda: 1 – Autoritário/Controlador; 2 – Intrusivo/Carente; 3 – Auto-Sacrifício; 4 – Excessivamente Acomodado; 5 – Não Assertivo; 6 – Socialmente Inibido; 7 – Frio/Distante; 8 – Vingativo/Egocêntrico.

Figura 7 – Associações entre os Problemas Interpessoais e os Esquemas Precoces Desadaptativos (Tabela)

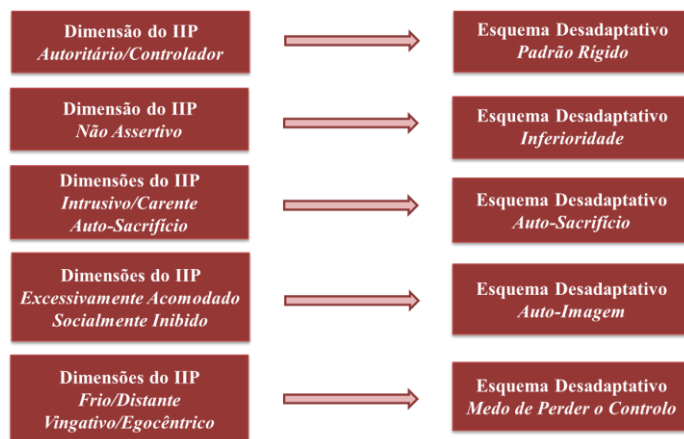


Figura 8 – Associações entre os Problemas Interpessoais e os Esquemas Precoces Desadaptativos (Gráfico)

Verificou-se então uma heterogeneidade de resultados, onde é possível observar que a dimensão *Autoritário/Controlador* está mais associada a esquemas desadaptativos de *Padrão Rígido*, revelando indivíduos que exigem de si próprios padrões de funcionamento inacessíveis, mantendo uma postura manipuladora, controladora e agressiva (Sousa, 2013; Young et al., 2003).

Já a dimensão *Não Assertivo* associa-se mais a esquemas desadaptativos de *Inferioridade*, caracterizando indivíduos com dificuldade em se afirmarem face aos outros colocando-se numa posição inferior (Sousa, 2013; Young et al., 2003).

Nas dimensões *Intrusivo/Carente* e *Auto-Sacrifício* os indivíduos apresentam mais esquemas desadaptativos de *Auto-Sacrifício*, revelando que sujeitos intrusivos funcionam desse modo devido a uma carência interna, tentando constantemente agradar e satisfazer as necessidades dos outros, de forma marcadamente exagerada, em detrimento da gratificação pessoal (Sousa, 2013; Young et al., 2003).

Nas dimensões *Excessivamente Acomodado* e *Socialmente Inibido* os indivíduos utilizam maioritariamente esquemas desadaptativos de *Auto-Imagem*, demonstrando as suas dificuldades em expressar insatisfação devido à inibição e ansiedade vivenciadas perante situações sociais, colocando-se repetidamente em causa (Sousa, 2013; Young et al., 2003).

Por fim, nas dimensões *Frio/Distante* e *Vingativo/Egocêntrico* os sujeitos utilizam mais esquemas desadaptativos de *Medo de Perder o Controlo*, evidenciando dificuldades em expressar afeição e simpatia e em manter relacionamentos próximos, descurando o outro e podendo facilmente perder o controlo das suas emoções (Sousa, 2013; Young et al., 2003).

Confirma-se, assim, a quinta hipótese do estudo.

## Conclusão

Para a realização do presente estudo teve-se em consideração o seu objectivo primordial de compreender e verificar a relação entre os estilos de vinculação do adulto e os esquemas precoces desadaptativos nas relações interpessoais, no contexto da interacção de casal, privilegiando características intraindividuais dos elementos das díades.

Uma vez que no contexto da sociedade actual se verifica cada vez mais a procura de satisfação de necessidades psicológicas, um dos principais motivos de pedidos de apoio a técnicos de saúde mental por parte da população trata-se

das fragilidades manifestadas no seio da relação conjugal (Bradbury, 1998), perfazendo este estudo de uma considerável pertinência ao nível da investigação e prática clínica. Para além disto, este estudo constitui-se, igualmente, como precursor nesta área pelas temáticas abordadas e exploradas e, por outro lado, pela escassez de estudos relativos à Vinculação no Adulto.

Através do presente estudo podemos intuir que a investigação acerca da relação entre os estilos de vinculação na idade adulta e os esquemas precoces desadaptativos, bem como dos problemas interpessoais no seio das relações nomeadamente de casal, é de extrema importância para uma compreensão mais adequada das mesmas, pois estes factores influenciam e modelam a maneira como os indivíduos se relacionam entre si, podendo igualmente possibilitar a compreensão do sucesso ou insucesso da manutenção de uma relação diádica de casal.

No que concerne aos resultados obtidos, foi possível perceber que os estilos de vinculação estão associados, observando-se uma congruência intracasal. Ademais, não se verificaram diferenças nos esquemas precoces desadaptativos, nos estilos de vinculação *inseguros*, mas verificaram-se diferenças nos problemas interpessoais, também nos estilos de vinculação *inseguros*.

É então possível concluir que existe uma estreita relação entre a vinculação insegura no adulto, os esquemas precoces desadaptativos e os problemas interpessoais. Isto porque os indivíduos *inseguros* procuram modos de relacionamento que reforcem as suas crenças previamente estabelecidas, mantendo assim os seus esquemas precoces desadaptativos e os vieses a estes associados, que prejudicam o funcionamento do casal, tornando difícil a construção e manutenção de relacionamentos de maior proximidade, mais harmoniosos e recíprocos, fortalecendo as expectativas negativas que têm de si e dos outros.

Neste sentido, é susceptível pensarmos que os indivíduos mais capazes a nível social e relacional desenvolvem um estilo de vinculação seguro no seio das relações precoces com as suas figuras cuidadoras (Bowlby, 1988).

Concomitantemente, a construção de um vínculo seguro na infância e, por conseguinte, ser capaz de o manter ao longo da vida, fazendo uso do mesmo no estabelecimento de relacionamentos na adultícia, tenderá a constituir-se como um factor positivo na manutenção das relações com *um outro*, sendo igualmente um indicador positivo para um bom desenvolvimento psicossocial e uma vida mental mais saudável e adequada.

### **Limitações**

A reduzida dimensão da amostra, mormente de indivíduos *inseguros*, impossibilitou a realização de análises mais rigorosas nesse sentido. Também o recurso ao questionário de auto-relato, que na avaliação de estruturas cognitivas nucleares poderá constituir-se como uma limitação, visto que os resultados são dependentes desses mesmos auto-relatos recolhidos.

### **Sugestões para estudos futuros**

Medidas de avaliação individuais, aliadas à avaliação diádica, que espelhem de forma mais fiel possível a sincronia e o carácter relacional da interacção diádica de casal. Igualmente o recurso a amostras clínicas e a

comparação entre os dois grupos, com o intuito de compreender se os processos identificados nesta população também ocorrem em casais com psicopatologia.

### Reflexão Final

Este estudo permite fornecer dados úteis acerca da relação existente entre os estilos de vinculação e o desenvolvimento de esquemas precoces desadaptativos nas relações interpessoais de casal, permitindo um enriquecimento conceptual, mas também um desenvolvimento de estratégias interventivas mais eficazes.

*Para viver a dois, Antes,  
É necessário ser um.*

Fernando Pessoa

### Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978a). *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment (2nd ed.)*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London, England: Routledge.
- Bradbury, N. (1998). *The developmental course of marital dysfunction*. New York: Cambridge University Press.
- Cabral, F. (2015). *Relação entre os Esquemas Precoces Desadaptativos e os Padrões de Vinculação nas Relações Interpessoais*. Tese de Dissertação em Mestrado Integrado em Psicologia, Área de Especialização em Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Universitário – Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. Em M. R. Simões, M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (2, 87-109). Braga.
- Cláudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*, 27, 143-157.

- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Feeney, J. A. (1994). Attachment style, communication patterns, and satisfaction across the life cycle of marriage. *Personal Relationships*, 1(4), 333-348.
- Fonseca, S., & Duarte, C. (2014). Do namoro ao casamento: significados, expectativas, conflito e amor. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(2), 135-143.
- Givertz, M., & Safford, S. (2011). Longitudinal impact of communication patterns on romantic attachment and symptoms of depression. *Current Psychology*, 30, 148-172.
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445.
- Harris, A., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405-416.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Lightfoot, C., Cole, M., & Cole, S. (2008). *The development of children*. New York: Worth Eds.
- Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 881-895.
- Monteiro, L., & Veríssimo, M. (2009) *Análise do fenómeno de base segura em contexto familiar: A especificidade das relações criança/mãe e criança/pai*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa: F.C.T., Gulbenkian.
- Overall, N. C., & Simpson, J. A. (2013). Regulation processes in close relationships. *The Oxford Handbook of Close Relationships*, 436-459.
- Pinheiro, S. (2015). *A influência dos estilos de vinculação e dos esquemas precoces não-adaptativos nas relações interpessoais: Um estudo com casais*. Tese de Dissertação em Mestrado Integrado em Psicologia, Área de Especialização em Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Universitário – Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Rafaeli, E., Bernstein, P., & Young, J. (2011). *Schema Therapy*. London and New York: Routhledge.
- Roisman, G., Madsen, S., Henninghausen, K., Sroufe, L., & Collins, W. (2001). The coherence of dyadic behaviour across parent-child and romantic relationships as mediated by the internalized representation of experience. *Attachment and Human Development*, 3(2), 156-172.
- Simons, L., Simons, G., & Wallace, E. (2004). *Families, delinquency and crime: Linking society's most basic institution to antisocial behavior*. New York: Oxford University Press.
- Sousa, M. A. A. (2013). *Preditores de recuperação nas perturbações do comportamento alimentar: Estudo prospectivo de longa duração*. Tese de Dissertação em Mestrado Integrado em Psicologia, Área de Especialização em Psicologia Clínica. Minho: Escola de Psicologia da Universidade do Minho.

- Waters, E., Kondo-Ikemura, K., Posada, G., & Richters, J. (1991). Learning to love: Milestones and mechanisms. *The Minnesota Symposia on Child Psychology*, 23, 217-255.
- Young, J. E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

## ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS HERMANOS DE NIÑOS CON CÁNCER

Catarina Rocha<sup>1</sup> & Sofía López Roig<sup>2</sup>

<sup>1</sup> catarina\_rocha@portugalmail.pt

<sup>2</sup> slroig@umh.es

*Universidad Miguel Hernández de Elche*

La investigación sobre cáncer pediátrico que ha centrado su atención en las necesidades de los psicosociales de los hermanos y en su proceso de adaptación psicológica a la enfermedad resulta escasa. Los principales resultados sugieren que cuando un niño tiene cáncer afecta a toda la familia. Se producen reajustes en las relaciones familiares, en la organización de los roles, pero también hay miedos y emociones que influyen en el funcionamiento familiar e individualmente en todos sus miembros.

Los procesos de adaptación de los hermanos se caracterizan por la preocupación, la compasión y la empatía con el niño enfermo. La experiencia de enfermedad del hermano enfermo les ayuda a madurar y mostrar más autonomía. Pero también resulta evidente que precisan apoyo para que sus necesidades de atención sean atendidas. Igual que los padres, los hermanos también tienen necesidades de información sobre la enfermedad y estado de salud y los tratamientos del niño enfermo. E igualmente, precisan apoyo para mantener actividades de ocio y diversión, que les permita mantener el contacto con los pares. Por todo esto, la familia, su relación, su funcionamiento, su comunicación son primordiales para la adaptación de los hermanos. Así, los hermanos de niños con cáncer presentan un abanico de dificultades y necesidades de adaptación, cuando su hermano enfermo está sufriendo.

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios realizados en otros países, en relación con el cáncer pediátrico y su impacto sobre los hermanos, creemos que es apropiado realizar una investigación en nuestro contexto: por un lado, se necesita completar con más trabajos la investigación actual; y, por otro, son escasos los trabajos en nuestro ámbito sociocultural. Por ello, este trabajo se centra en conocer las principales dificultades en el ajuste psicológico de los hermanos de niños con cáncer. Pero también, desde una perspectiva más “positiva”, es posible que la experiencia para las familias también suponga el crecimiento personal o la mejora en algún aspecto y no sólo la vivencia de aspectos negativos. Así, en un sentido más amplio, nos planteamos el **objetivo** de conocer la experiencia de adaptación de los hermanos de niños con cáncer. Como tal, para percibir este proceso de la adaptación psicológica, nuestro estudio tiene una serie de **objetivos específicos**: 1) describir las dificultades en el ajuste de los hermanos desde la perspectiva de los padres; 2) conocer las áreas más afectadas en la vida cotidiana de los hermanos después del diagnóstico; 3) Establecer las necesidades de apoyo social de los hermanos durante el proceso de la enfermedad; 4) Conocer las dudas y los conocimientos de los hermanos acerca del diagnóstico y tratamiento del cáncer; 5) Determinar el nivel de adaptación mental al cáncer de los hermanos; y 6) Extraer los temas más relevantes para los padres y los hermanos de los

niños con cáncer que emergen al poder realizar su “historia de vida” de esta experiencia.

En cuanto al **método**, hemos realizado un acercamiento metodológico mixto, mediante la aplicación complementaria de técnicas cuantitativas y cualitativas. Hemos llevado a cabo un estudio descriptivo transversal (objetivos 1 a 5); y un análisis cualitativo (para completar objetivos 1 a 4 y para objetivo 6).

Realizamos un estudio con 20 familias (madre y/o padre y hermanos) de 20 niños con diagnóstico de cáncer, como mínimo 3 meses previos al estudio, atendidos en el Servicio de Pediatría – Unidad Hemato-Oncología do Hospital de S. Joao, Entidades Públicas Empresariais (Portugal). Se obtuvo el informe favorable de la Comisión Ética del Hospital y el consentimiento informado de los participantes. Se entrevistó a 25 hermanos con edades entre los 10 y los 20 años y 20 madres y/o padres. Recogimos datos sociodemográficos y clínicos. Aplicamos la adaptación portuguesa de la Escala de Ajustamiento Mental al cáncer de un familiar (Santos, Ribeiro y Lopes, 2005) y realizamos entrevistas semiestructuradas. Realizamos un análisis descriptivo y correlacional con el programa SPSS v.20.

El método cualitativo se abordó desde la perspectiva del análisis historiográfico, considerando los contenidos de las entrevistas con las familias de niños con cáncer como fuentes orales, para realizar un análisis narrativo que nos permitiera construir la realidad presente como continuación de esa experiencia pasada (Rodríguez Jiménez y Rubio, 2008). Para contestar la pregunta de investigación: *¿cómo es la experiencia de adaptación de los hermanos de niños con cáncer?*, configuramos una serie de cuestiones abiertas sobre la base del modelo de Lazarus y Folkman (1984), como grandes temas latentes para aplicar la metodología del análisis temático. Para el tratamiento de textos utilizamos el programa NVivo.

Los principales **resultados** muestran que las madres y padres perciben claramente que sus hijos no enfermos tienen menos atención por su parte; reacciones emocionales de rebeldía, tristeza, miedo, entre otras; necesidades aumentadas de atención y afecto; así como necesidades de información sobre la enfermedad de su hermano enfermo, que muchas veces ellos mismos evitan satisfacer. Experimentan como sus hijos sanos se ven afectados el rendimiento escolar y las actividades extracurriculares y perciben la gran preocupación y ansiedad que experimentan, siendo los períodos de ingreso hospitalario los más difíciles de manejar, tanto por la ausencia del padre o madre y de la hermana o hermano enfermo como por el cambio en las rutinas diarias.

Por su parte, los hermanos de niños con cáncer, ven afectadas diferentes áreas de su vida cotidiana: las relaciones familiares y con los amigos, y la modificación de responsabilidades por el aumento de tareas en el hogar y mayor autonomía en el cuidado personal y de la casa. Expresan necesidades de apoyo de tipo emocional (atención, afecto, poder “ventilar”), informacional (temas relacionados con la enfermedad), e instrumental (posibilidad de mantener hábitos; aficiones...). Los conocimientos que tienen sobre el diagnóstico, las consecuencias y el tratamiento del cáncer son más bien imprecisos. La información que tienen es la que los padres les transmiten, a menudo limitada al sentido común y sobre aspectos básicos de la enfermedad. Sus principales dudas tienen que ver con comprender las causas

y la evolución de la enfermedad. Se plantean cuestiones específicas del cáncer, como las consecuencias de los tratamientos, y dudas relacionadas con su futuro y el de su familia. El espíritu de lucha y la preocupación ansiosa son las principales respuestas de ajuste mental.

Las consecuencias emocionales más características en los hermanos son los miedos (a la muerte, a la recaída, a los cambios en el hermano enfermo, pesadillas, la incertidumbre), los estados depresivos (tristeza, apatía, desilusión) la rebeldía, indignación e ira, pero también la esperanza.

Encontramos una experiencia de cambios negativos en el funcionamiento familiar, como la vivencia de pérdida de la familia, menos convivencia padres-hijos, menor atención a los hermanos sanos, reglas alteradas y cambios en horarios y comidas y con personas diferentes. Pero también, cambios positivos, como mayor cercanía con el hijo/hermano enfermo, con los padres, abuelos y otros miembros de la familia nuclear. Las relaciones sociales también sufren cambios, existiendo un menor contacto con los amigos y un alejamiento o aislamiento de las personas, en general. Pero también aparecen cambios positivos al experimentar más cercanía con otros amigos y otras personas, como vecinos.

La adaptación a la enfermedad también implica consecuencias económicas. Sobre todo los padres muestran que esta enfermedad y todo el proceso inherente a ella trae numerosos problemas financieros, por los requisitos específicos de la enfermedad (medicamentos, materias primas, objetos...) y también las repercusiones en el trabajo, cuando se convierten en los principales cuidadores del niño enfermo.

Por último, el sistema de creencias y valores también se ve alterado de diferentes maneras. Por un lado, podemos concluir que existe en muchos casos una experiencia de crecimiento personal. En este sentido, los hermanos revelan mayor autonomía, sensibilidad y madurez. Por otro lado, se producen cambios en las creencias religiosas. Así, encontramos desde el fortalecimiento de la creencia en Dios, hasta la incredulidad y el abandono de esta creencia.

Este estudio nos ha permitido comprender mejor la experiencia de adaptación de los hermanos de niños con cáncer. Sus resultados avalan la pertinencia de diseñar un Programa de Intervención Psicoeducacional, en el que podemos responder a algunas de las necesidades para mejorar la adaptación psicológica de los hermanos y hermanas de niños con cáncer.

**Palabras Clave:** Cáncer Pediátrico; Ajustamento Mental; Hermanos

## **ESCUA CLÍNICA DE ADOLESCENTES QUE PRATICAM AUTOMUTILAÇÃO:**

da recusa da palavra à falência do simbólico

Lorena da Silva Lopes  
Leônia Cavalcante Teixeira  
Alice Chaves de Carvalho Gomes  
Sônia Wan Der Maas Rodrigues  
Rossana Viégas Sena  
Universidade de Fortaleza  
lorenaslopes21@gmail.com

**Resumo:** A automutilação constitui um tema recorrente na clínica e em outros espaços socioculturais, chamando a atenção dos profissionais da saúde mental e da educação. Este estudo busca identificar os efeitos subjetivos das automutilações em adolescentes, problematizando o estatuto que o corpo assume nestes contextos autolesivos. Investigaremos como a dinâmica sócio-familiar – processo de subjetivação, relações hierárquicas e horizontais – pode ou não engendrar tais práticas. Propomos, por fim, caracterizar e refletir sobre os efeitos da escuta destes adolescentes em contexto escolar. Com base em atendimentos realizados numa escola do Brasil, pretendemos debater os conceitos de adolescência, angústia, corpo e escuta clínica em instituições a partir da psicanálise. Identificamos a automutilação como apelo diante de algo que falha no simbólico, constituindo uma operação frente à angústia, resultando em marcas expostas no corpo. O corpo adolescente surge demarcado pela via dos cortes, como um pedido possível de subjetivação e de enunciação daquilo que está encoberto, procurando significado e ancoramento no corpo. A clínica psicanalítica oferece um espaço de escuta e expressão subjetiva, possibilitando que as experiências corporais, sobretudo as convocadas pelo adolecer e que produzem a automutilação sejam, de algum modo, articuladas à palavra como fonte de produção de um saber sobre si.

**Palavras-chave:** Automutilação; Adolescência; Escuta clínica.

**Resumen:** La automutilación es un tema recurrente en espacios socioculturales clínicos y otros, llamando la atención de los profesionales de la salud mental y la educación. Este estudio busca identificar los efectos subjetivos de automutilación en los adolescentes, cuestionando la condición de que el cuerpo tarda en estos contextos autolesivos. Investigamos cómo las dinámicas sociales y familiares - proceso subjetivo, relaciones jerárquicas y horizontales - pueden o no pueden generar este tipo de prácticas. Se propone, por último, caracterizar y reflexionar sobre los efectos de escuchar a estos adolescentes en el contexto escolar. Con basados en la atención proporcionada en la escuela Brasil, tenemos la intención de discutir los conceptos de la adolescencia, la ansiedad, el cuerpo y la escucha clínica en las instituciones de los psicanálise. Identificamos automutilación como una llamada antes de que algo falla en lo simbólico, lo que constituye una situación de peligro de operaciones frontal, lo que resulta en marcas expuestas en el cuerpo. El cuerpo adolescente viene marcada por medio de cortes, como una posible aplicación de la subjetividad y la enunciación de lo

que está cubierto, en busca de significado y el anclaje en el cuerpo. La clínica psicoanalítica ofrece un espacio de escucha y expresión subjetiva, lo que permite que el cuerpo experimenta, especialmente aquellos que son llamados por el adolescente y la producción de automutilación son, de alguna manera, ligada a la palabra como fuente de producción de conocimiento acerca de usted.

**Palabras clave:** La automutilación; la adolescencia; escucha clínica.

Nesta pesquisa pretende-se estudar de que modo os adolescentes, em escolarização, estão se utilizando da automutilação para conseguirem lidar melhor com suas angústias, resultando de marcas expostas no corpo. Essas práticas de demarcação do corpo pela via dos cortes também pode ser o modo de subjetivação, a forma que os adolescentes encontraram para dizer aquilo que está encoberto, a palavra não-dita, que procura significado e ancoramento no corpo.

Automutilação é o ato de se machucar intencionalmente, de forma superficial, moderada ou profunda, sem intenção suicida consciente. São atos lesivos contra o próprio corpo, como cortes, perfurações, mordidas, beliscões e espancamentos, feitos a mão ou com o uso de objetos, alegando-se a intenção de aliviar tensões. A prática da automutilação acontece em diferentes faixas etárias, porém se revela mais frequente entre adolescentes, sobretudo do gênero feminino (Cedaro & Nascimento, 2013).

Com o advento da modernidade a adolescência passou a ser estudada e entendida como uma fase de delicada transição, em que o sujeito deve se separar dos significantes parentais e buscar novos significantes de identificação na cultura. É quase inexistente, exceto em tribos indígenas, na nossa sociedade, a presença de rituais de passagem para o mundo adulto, ou seja, sair de uma posição infantil e assumir uma posição adulta (Alberti, 2004; Le Breton, 2013; Matheus, 2007; Rassial 1999).

Este artigo tem como objetivos: analisar a automutilação de adolescentes e suas implicações no contexto escolar; investigar como a dinâmica escolar – processo de ensino-aprendizagem, relações hierárquicas e horizontais etc – pode ou não fomentar práticas de automutilação; caracterizar os efeitos da escuta psicanalítica, no contexto escolar, de adolescentes que praticam automutilação.

## **Metodologia**

Neste estudo serão discutidos alguns atendimentos com adolescentes que praticaram automutilação pelo menos uma vez na vida, esses atendimentos aconteceram em uma escola privada brasileira, durante o período de um ano. Não houve tempo limite determinado para a fala das adolescentes, foi sugerido que elas falassem livremente. A partir da discussão dos atendimentos iremos analisar teoricamente a partir de conceitos como: adolescência, angústia, corpo e escuta clínica em instituições sob o ponto de vista da psicanálise.

**Participantes:** cinco adolescentes do sexo feminino, com faixa etária entre 15 a 17 anos, acompanhadas pelo Serviço de Psicologia da referida instituição.

**Coleta de Dados:** O estudo buscou entender a automutilação de adolescentes e suas implicações na escolarização. Em termos metodológicos, a pesquisa foi de

caráter qualitativo. O procedimento de coletas de dados incluiu, assim, a abordagem qualitativa de cunho exploratório e sua execução se deu por meio de Estudo de Casos que já foram atendidos pelo setor de psicologia. Realizou-se alguns encontros com as adolescentes que denominamos de escuta clínica na instituição (escola). Nesses encontros foram realizadas entrevistas não-dirigidas, que se trata de uma metodologia qualitativa das ciências humanas para descrever e interpretar os sentidos e os significados atribuídos a fenômenos relacionados à vida dos indivíduos (Fontanella, Campos e Turato, 2006).

O tema da automutilação em adolescente neste estudo está sustentado pelo olhar da Pesquisa em Psicanálise que para Poli (2008) trata-se de um saber que tem a peculiaridade de ser especialmente suscetível ao recalque e é para isso que busca-se não um conhecimento, mas a posição de enunciação que situa a produção de um saber como singular. A psicanálise atravessa as instituições, e nelas atua, como forma de sustentar uma ética, que é o modo próprio da psicanálise se relacionar com o sujeito. Nomenclaturas como clínica ampliada, psicanálise em extensão são utilizados para designar uma prática do dispositivo psicanalítico no âmbito que extrapola o consultório particular e inserindo-se em diversas instituições escolares e de saúde, especificamente nas urgências subjetivas.

**Análise de Dados:** Utilizamos como metodologia de análise dos dados, a partir do material relatado pela psicóloga e pesquisadora, a análise de discurso (Orlandi, 2000; Careganato e Mutti, 2006; Pêcheux, 2008). Associado a isso a psicanálise tem por objetivo interrogar os sentidos estabelecidos nas mais diversas formas de produção do participante da pesquisa que podem ser verbais ou não verbais. Será necessário que esse discurso produza sentidos para interpretação, que podem ser obtidos através de produção oral, escrita, por imagem ou linguagem corporal (Careganato, 2006).

A Análise de Discurso trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto. Um sentido que não é traduzido, mas produzido; a linguagem vai para além do texto, porque a fala do indivíduo está atravessada por questões sociais que os constitui.

Segundo Careganato (2006) a Análise de Discurso compreende que não irá se descobrir nada de novo, apenas fará uma nova interpretação ou uma releitura do discurso; outro aspecto a ressaltar é que a AD mostra como o discurso funciona não tendo a pretensão de dizer o que é certo, porque isso não está em julgamento, de outro modo, procura-se compreender os equívocos, o não-dito, esquecimentos e etc.

Para Orlandi (2000) “o discurso é um movimento, prática da linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando. Na análise de discurso procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história” (p. 15).

Ainda sob o olhar da referida autora, a análise de discurso não trabalha com a língua enquanto um sistema abstrato, mas com a língua no mundo, como modo de significar, considerando a produção de sentido do homem enquanto membro de uma determinada sociedade. Assim, o discurso é o lugar que se pode observar segundo Orlandi (2000), a relação entre língua e ideologia, compreendendo-se como a língua produz sentidos por/para os sujeitos.

## **Resultados e Discussão**

Para análise dos dados coletados nos encontros com as adolescentes, faremos uma análise caso a caso, para refletir e interpretar através do referencial teórico

psicanalítico o contexto subjetivo de cada um dos casos apresentados. Desse modo, apresentaremos recortes das entrevistas para ilustrar melhor a análise.

CASO 1: sexo feminino (16 anos), os cortes no corpo “é para colocar a dor para fora, e poder expressar o que sinto por dentro” – Podemos atribuir a substituição da dor psíquica pela dor física. Corroborando a esse dado, Alberti (1999) entende que os adolescentes utilizam de mutilações para expressar aquilo que não pode ser dito através de palavras, sendo uma forma de denúncia do próprio sofrimento. O corpo, nesta perspectiva, funciona como meio de comunicar aquilo que lhes sufocam. Utilizando-se das palavras é possível, então, que o adolescente possa barrar o ato de se automutilar.

A autora salienta que na adolescência há uma tendência maior do agir do que a utilização de outros recursos como a palavra, ou seja, no lugar de colocar em palavras aquilo que o angustia, o adolescente transfere para o corpo, como forma de percebê-lo como sendo seu. Essa tendência “é muitas vezes compreendida como um fenômeno que vem em resposta à descoberta das percepções corporais no adolescente, segundo as quais seu corpo se torna um estranho” (Alberti 1999, p. 26).

CASO 2: sexo feminino (17 anos), “na hora que me corto não sinto dor, é uma espécie de alívio” – Entendemos nesse caso que há uma necessidade real da adolescente em se cortar, como o único recurso para estabilizar aquilo que poderia sair do eixo, ou seja, entrar, por exemplo, no campo da psicose, sendo, portanto, definido pelo como alívio emocional. Para Mieli (2002), a clínica mostra que a intervenção voluntária sobre o real do corpo se impõe, com frequência, como uma “necessidade”; trata-se, então, de interrogar as razões estruturais do que, no nível subjetivo, apresenta-se como “necessário”. A manipulação irreversível é uma tentativa de dar estabilidade a uma forma que oscila; ela intervém, por exemplo, na cirurgia plástica, para integrar ou excluir um traço físico particular, vivido sob o signo do “em excesso” ou do “excessivamente pouco” (p.15).

CASO 3: sexo feminino (15 anos): “quando me corto, penso que é uma solução para o meu sofrimento naquele momento” – O relato ilustra a resolução de um sofrimento. Para Ortega (2004), as marcas corporais e algumas práticas de manipulações irreversíveis do corpo, denotam uma falência do simbólico, onde há a necessidade de registrar no real, acontecimentos que geram angústia, colocando as palavras em segundo plano. Concomitantemente a isso, as marcas no corpo também podem ser entendidas ainda como forma dos adolescentes imprimirem uma marca/inscrição no mundo.

CASO 4: sexo feminino (15 anos) “muitas pessoas se cortam para um alívio da raiva, eu não. Eu gosto de me cortar, é uma dor prazerosa”. – O que nota-se é a obtenção de prazer em uma ato doloroso, uma forma de gozo (Lacan, 1972-1973/1985). É possível compreender que as automutilações, escarificações e marcas corporais são uma tentativa de nomear algo, que é inominável, possibilitando uma vivência de dor e ao mesmo tempo prazer; o sujeito faz um convite ao olhar do outro para o seu corte, transmitindo a ideia de escopofilia/ exibicionismo (Moreira, Teixeira & Nicolau 2010). As atuações no corpo capturam o olhar, buscam um mostrar algo para o outro. Assim, há uma tentativa de fazer cair o olhar enquanto objeto excesso, que tampona; essa colagem entre o olhar do outro e as atuações no corpo ao invés de produzir sintoma, produz compulsão (Costa, 2015).

CASO 5: sexo feminino (16 anos) “A dor que sinto quando me cortei; não dói tanto quanto está longe da minha mãe e das pessoas que amo. Toda vez que fico triste penso em me cortar” – Traz inalização de um mal-estar. O corpo, muitas vezes, funciona como localização do mal-estar, pois é nele que são habitadas as angústias,

tristezas e medos, que poderia ser trabalhado através da fala. Por isso, é tantas vezes adoecido, Sibília (2002) faz inferência sobre o corpo numa perspectiva fora da disciplina, encoberto pelas tecnologias de “plastificação” do real, onde práticas e saberes intervêm em busca da imagem ideal.

Quando a adolescente diz está longe da mãe e que sente uma espécie de vazio e falta, expõe a sua incompletude. Em alguns adolescentes com comportamentos autolesivos, pode-se constatar que algo falta, e esta falta é simbolizada através de furos e cortes no corpo, na tentativa de completude do buraco (real do corpo). Quanto à demarcação do corpo pela via dos cortes, pode-se presumir que aquilo que falta indica que alguma coisa não está ali; é supor sua presença possível; é introduzir no real, para recobri-lo e perfurá-lo, a simples ordem simbólica (Lacan, 1995, p. 224).

A prática de marcação do corpo como organização psíquica mostra que há uma tendência do homem moderno ter como imperativo se tornar o “escultor de si mesmo”, daí a ideia de poder gozar de seu corpo. O corpo estaria no âmbito do desacoplamento, tornado-se objeto como qualquer outro a ser modelado. Corpo reificado e posto à distância do homem que seria, igualmente, o suporte para a expressão; especialmente quando das práticas de marcação corporal está pleno desenvolvimento na nossa modernidade (Gaspard, Hamon, & Cheik, 2010, p. 381).

Costa (2003) propõe um diálogo com a psicanálise para pensar as marcas corporais. Para a autora, as tatuagens, *piercings* e escarificações são marcas que buscam fazer borda, “... são recortes que têm a ver com a erotização e sua necessidade de suporte no Outro” (p. 17). As práticas corporais que envolvem as automutilações são formas de atuar do sujeito, onde o marcar o corpo é ao mesmo tempo uma marca psíquica. Nela o sujeito pode fazer borda, criar um orifício de sustentação de suas experiências; são, pois, maneiras de se constituir subjetivamente.

O conflito psíquico pelo qual passa o adolescente é vividamente tão obscuro que este é incapaz de colocar em palavras ou poder clarificá-lo, mas é, justamente, na posição de não se fazer claro que o adolescente se coloca. É, então, no corpo que a fumaça escapa como na chaminé de uma casa; as palavras se tornam enfraquecidas, esvaziadas de sentido, é somente a atuação no corpo que minimiza essa angústia avassaladora.

Para Le Breton (2010) os cortes no corpo, as queimaduras, agulhadas, esfolamentos, não são tentativas de suicídio. Nem sempre há no adolescente um desejo de morte, mas sim um desejo de vida; significa sacrificar uma parte de si para poder continuar vivendo. O autoflagelo seria uma tentativa de dar significado a própria dor, o fio condutor que dá continuidade a este espaço chamado corpo.

Os sujeitos estão a cada dia silenciando mais, e se recusando a uma construção de um saber sobre si. O que é colocado como dispositivo de fala está sendo o corpo, para encobrir o vácuo que a fala deixou ao calar. Para psicanálise, talvez isso possa se tornar uma encruzilhada, uma vez que a direção do tratamento está voltada à cura pela fala, ou seja, pela associação livre.

No entanto, se é um fenômeno da modernidade, a fala pelo corpo ou pelo ato, seja nos transtornos da oralidade, criminalidade, automutilações é possível que haja então o acesso desses corpos através de uma escuta mais abrangente que se dá na articulação do que se vê e daquilo que se ouve. Mesmo que isso possa parecer paradoxal é importante escutar o olhar, escutar os atos, escutar este corpo que clama por uma escuta.

Para compreender melhor as questões relacionadas ao corpo e sua relação com a automutilação, descreveremos como o corpo pode ser pensado nas dimensões

dos registros Real, Imaginário e Simbólico que foram definidos e discutidos por Lacan (1953). O corpo para Lacan é definido com o corpo vinculado ao gozo, corpo advindo da consequência do significante fornecido pelo Outro e incorporado pelo sujeito, cabendo ao sujeito nomeá-lo através da linguagem (Sternick, 2010).

Na perspectiva lacaniana são anunciados três registros que se definem como referência o simbólico, cuja estrutura é a mesma da linguagem e cujo o suporte é o Nome- do- pai. O real é o que está fora do simbólico, sendo por isso mesmo definido como o “impossível de ser simbolizado”. O imaginário é tudo que diz respeito a imagem do corpo sem a mediação da palavra, resumindo as relações humana à especularidade, o que faz com que sejam anulados os limites e as diferenças entre o sujeito e o outro semelhante (Jorge & Ferreira, 2005).

Por fim, compreendemos que para falar em um registro sempre temos que mencionar o outro; ao se fazer referência ao Real, é preciso mencionar o Simbólico, ao se fazer menção ao Simbólico, mostra-se necessário lançar mão do Imaginário, por isso, Lacan descreve o nó borromeu, que é justamente o enlaçamento entre os três registros (Sternick, 2010).

Para pensar a dimensão do corpo sob o ponto de vista dos três registros, a autora Sternick (2010) faz algumas indagações que diz respeito a relação do sujeito com o corpo: “O que então o corpo suporta quando a linguagem fracassa? Até que ponto a linguagem pode transformar o corpo? Será que a ciência dá conta do insuportável? Como se produz o efeito da linguagem sobre o corpo? Para Lacan (1985) “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (p.27), então é possível dizer de uma aproximação entre corpo e linguagem.

O adolescente diz mais com o seu corpo do que mesmo com a própria linguagem falada. É um dizer que está para além de um saber, é um insabido! “Trata-se de um corpo que não fala, que goza no silêncio pulsional, e ao mesmo tempo é com esse corpo que se fala, que o *fa/asser* usa para falar, para então produzir o sintoma analítico” (Seldes, 2014, p. 27). Entendemos, pois, que é através do corpo que os sujeitos estão produzindo seu sintoma analítico, onde na realidade deveria ser através da fala que o sujeito pudesse ser capaz de construir o seu sintoma e produzir um saber sobre o seu próprio inconsciente. No entanto, na incapacidade de produzir significantes que definam o seu sofrimento psíquico, o sujeito o transforma em forma de letra, de escrita que se inscreve na forma de marcas no seu próprio corpo.

### **Considerações Finais**

Os comportamentos autolesivos na adolescência são revestidos de vários significados, é preciso sutileza na interpretação e análise de tais condutas. Portanto, salientamos que é fundamental considerar cada caso, como sendo único, cada um com sua história de vida diferente e com suas peculiaridades. Consideramos que em alguns casos havia a recusa pela palavra e assim analisamos pela via de uma possível falência do campo simbólico, dito de outro modo, havia uma substituição das palavras pela atuação no corpo através dos cortes realizados em si mesmo. Acreditamos que através da possibilidade da escuta, as adolescentes possam se direcionar para um movimento criativo de conseguir, por exemplo, verbalizar as angústias e mal-estar através das palavras.

Como o trabalho é direcionado para a psicanálise nas instituições, o caso, a escola, é necessário salientar que o analista ocupando este lugar, deve convocar cada sujeito a se implicar com o curso de sua história, recriando-a e reconstruindo-a. O psicanalista tem, antes de qualquer coisa, a função de agente de transformação

social, e faz isto pela sua escuta, pela sua aposta no sujeito da linguagem, pela sua crença na singularidade, na diferença de cada invenção e na sua concepção de verdade não toda (Abreu, 2008, p.6).

O psicanalista que atua na instituição escolar, é responsável pela construção de novos espaços, através dos quais os sentidos possam fluir, emergir, transitar livremente, onde significados cristalizados sejam problematizados e avaliados quanto à adequação ao projeto político que coletivamente empreendem para, em conjunto, estabilizarem outros sentidos (Zanella, 2003). Em outras palavras, o psicanalista abrirá um espaço possível de elaboração da palavra, no qual, o adolescente possa de alguma maneira, expressar suas angústias e, assim, explorar mais a escola e seus espaços de aprendizagem e de socialização.

## Referências

- Abreu, D. N. (2008). A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 8.1
- Alberti, S. (1999). *Esse sujeito adolescente* (2a ed.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Alberti, S. (2004). *O adolescente e o Outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, 15(4), 679-84.
- Cedaro, J. J. & do Nascimento, J. P. G. (2013). Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia USP*, 24(2), 203-223.
- Costa, A. (2003). *Tatuagens e marcas corporais: atualização do sagrado*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Costa, A. (2015). O corpo: traço, imagem, afeto. *Affectio Soc.(Medellin)*, 12(22), 81-91.
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820.
- Gaspard, J. L., Hamon, R., & Cheik, E. (2010). Marcas corporais: a dimensão da letra. *A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia.*, 2(2).
- Jorge, M. A. C., & Ferreira, N. P. (2005). *Lacan, o grande freudiano* (Vol. 56). Zahar.
- Lacan, J. (1952-1953). "Sobre el hombre de los lobos". Seminário inédito.

- Lacan, J. (1995). O seminário, livro 4: a relação de objeto. *Rio de Janeiro: Jorge Zahar*, 1956-1957.
- Lacan, J. (1985). *O Seminário – livro onze – Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1972-1973). *O seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- Le Breton, D. (2010). Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*, 16(33), 25-40.
- Le Breton, D. (2013). *Une brève histoire de l'adolescence*. Paris, França: J. C. Béhar.
- Matheus, T. C. (2007). *Adolescência: história e política do conceito na psicanálise*. Casa do Psicólogo.
- Mieli, P. (2002). Sobre as manipulações irreversíveis do corpo e outros textos psicanalíticos. *Rio de Janeiro: Contra capa/Livraria do Corpo Freudiano de Rio de Janeiro*.
- Moreira, J. D. O., Teixeira, L. C., & Nicolau, R. D. F. (2010). Inscrições corporais: tatuagens, piercings e escarificações à luz da psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(4), 585-598.
- Orlandi E. P. (2000). *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas (SP): Pontes.
- Ortega, F. Modificações corporais e bioidentidades. *Revista de Comunicação e Linguagens*, Lisboa, n. 33, p. 247-263, 2004.
- Pêcheux, M. (2008). O discurso: estrutura ou acontecimento. In *O discurso: estrutura ou acontecimento*. Pontes.
- Poli, M. C. (2008). Escrevendo a psicanálise em uma prática de pesquisa. *Estilos da clínica*, 13(25), 154-179.
- Rassial, J. J. (1999). *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Seldes. R. (2014). Apresentar o corpo. In: *Textos do VI Enapol* (Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana).
- Sibilia, P. (2002). *O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Sternick, M. V. D. C. (2010). A imagem do corpo em Lacan. *Reverso*, 32(59), 31-37.

Zanella, A. V. (2003). Reflexões sobre a atuação do (a) psicólogo (a) em contextos de escolarização formal. *Psicologia: ciência e profissão*, 23(3), 68-75.

## DUAS UNIDADES - UMA INTERVENÇÃO

Patrícia Alinho,

Sara Alves &

Lara Neves,

Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta

A Unidade de Média Duração e Reabilitação (inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) e a Unidade Residencial são duas valências da Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta. A primeira Unidade assegura a prestação de cuidados de saúde de carácter temporário e apoio social a pessoas com doenças crónicas ou diferentes níveis de dependência; a segunda presta cuidados semelhantes, embora de cariz privado. Apesar das diferenciações, a reabilitação destaca-se como o foco primordial da intervenção das Unidades.

A presente reflexão propõe apresentar o nosso modelo de intervenção psicológica dirigida a utentes com diversos quadros clínicos em processo de reabilitação internados nas Unidades.

Na pesquisa de *guidelines* confrontámo-nos com poucos estudos direccionados ao papel do psicólogo num processo de reabilitação física e cognitiva. Contudo, reconhece-se que é uma ferramenta imprescindível na promoção do bem-estar psicológico com consequências na recuperação geral do utente.

De acordo com a literatura existente e com a realidade da nossa intervenção, o Psicólogo é fundamental em qualquer contexto de saúde, particularmente quando o bem-estar emocional interfere na reabilitação (duração deste processo e nos ganhos obtidos).

Esta reflexão é uma mais-valia na estruturação de linhas orientadoras que fundamentem e estructurem a atuação do psicólogo neste contexto.

Palavras-chave: unidades, intervenção, reabilitação.

## REVISIÓN DE TRATAMIENTOS EN ANSIEDAD ESCÉNICA:

inclusión de la realidad virtual.

Mariola Lupiáñez Castillo. Universidad de Granada. malupi@correo.ugr.es

Guzmán Alba Lasso. Universidad de Granada. guzalba@correo.ugr.es

Julia Otero González. Universidad de Granada. juliaotero@correo.ugr.es

José Capote Garcés. Universidad de Granada. capote@correo.ugr.es

Jaime Vila Castellar. Universidad de Granada. jvila@ugr.es

Miguel Ángel Muñoz García. Universidad de Granada. mamuez@ugr.es

La ansiedad escénica es definida por Salmon (1990) como la experiencia de sufrimiento persistente, aprensión y/o impedimento real de actuar en un contexto público, con una disminución real de las habilidades interpretativas, sin causa justificada dada la aptitud musical individual, el entrenamiento y el nivel de preparación de éste.

El DSM V la clasifica como una fobia social específica “relacionada solo con la ejecución” cuando el miedo fóbico se limita a hablar o actuar en público. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores (APA, 2014).

No ha sido hasta en los últimos años que se han comenzado a entender sus de características peculiares. Esto ha llevado al desarrollo de tratamientos similares a los de la fobia social, como los tratamientos farmacológicos, las técnicas de desactivación fisiológica o los tratamientos cognitivos conductuales.

La aparición de los tratamientos basados en las nuevas tecnologías como la realidad virtual han podido solventar las limitaciones de otras técnicas a la hora de recrear el ambiente fóbico, permitiendo la exposición del músico al escenario de manera repetida y controlada (Botella, 2007)

Los estudios en los que se ha evaluado la ansiedad escénica utilizando la realidad virtual han encontrado que las respuestas de los músicos en este entorno se aproximaban a las de una audición real. (Williamon, A., Aufegger, L., & Eiholzer, H. 2014) Respecto al tratamiento utilizando esta técnica, los participantes han manifestado reducción en la frecuencia cardiaca y en la sensación de angustia, así como aumento de su autoestima (Conklin, 2011)

### PALABRAS CLAVE

Ansiedad escénica, Música, Tratamiento, Realidad Virtual, Tecnología.

Ansiedade de desempenho, Música, Tratamento, Realidade virtual, Technology.

### BIBLIOGRAFÍA

- APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Médica Panamericana.
- Botella, C., Rivera, R. M. B., Palacios, A. G., Quero, S., Guillén, V., & Marco, H. J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *UOC Papers: revista sobre la societat del coneixement*, (4).
- Conklin, N. M. (2011). Musical performance anxiety in virtual performances: A comparison of recorded and live performance contexts. The university of Oklahoma.
- Salmon, P. (1990). A psychological perspective on Musical Performance Anxiety – a review of the literature. *Medical Problems of Performing Artists*, 5 (1), 1-11.
- Williamon, A., Aufegger, L., & Eiholzer, H. (2014). Simulating and stimulating performance: introducing distributed simulation to enhance musical learning and performance. *Individuality in music performance*, 156.

## **O ENVOLVIMENTO PATERNO NO CUIDADO COM O FILHO(A) COM AUTISMO:**

### **perspectivas maternas**

Raieli Ciscato Bressan

Centro Universitário Franciscano – Brasil; raieli\_bressan@hotmail.com

Luciane Najjar Smeha

Centro Universitário Franciscano – Brasil; lucianenajjar@yahoo.com

O trabalho consiste na apresentação de resultados preliminares de uma pesquisa de iniciação científica. O objetivo foi compreender a percepção materna sobre o envolvimento do pai nos cuidados da criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Assim, o estudo em questão abrange a temática sobre Famílias e Parentalidades. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, foram realizadas entrevistas com 18 mães de crianças com TEA. Os resultados revelaram que parte das mães parecem satisfeitas com o envolvimento do pai, ressaltam seus esforços e comprometimento com o cuidado sobre o filho. Por outro lado, algumas mães referem dificuldades ou inexistência da relação paterna. Elas salientam a não aceitação do diagnóstico, a falta de compreensão sobre a condição do filho, e a falta de paciência do pai para cuidar do filho(a). Constatou-se que o diagnóstico do TEA reverbera na conjugalidade, podendo desencadear a separação do casal. No entanto, em outras famílias, o fato pode promover uma boa reorganização da relação do casal. Quanto as práticas educativas, as mães referem que há divergências entre as estratégias do pai e as da mãe. Assim, o papel do pai está mais relacionado com o lazer dos filhos e não com os cuidados básicos diários.

Palavras-chave: Autismo; Deficiência; Família; Maternidade; Paternidade.

Palabras-clave: Autismo; Discapacidad; Familia; Maternidad; Paternidad.

## **A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E A SUA RELAÇÃO COM AS MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS NOS IDOSOS**

Patrícia Henrique

ISPA – Instituto Universitário

patricia\_henrique12@hotmail.com ;

Victor Cláudio

ISPA – Instituto Universitário

vclaudio@ispa.pt

As memórias autobiográficas são definidas como um conjunto de acontecimentos referentes a eventos passados através da experiência de vida do sujeito. São estruturas mentais dinâmicas e transitórias e compreendem uma especificidade. As memórias episódicas correspondem a acontecimentos com a duração de um dia. Por sua vez as memórias categóricas reportam-se a repetições de um dado evento e por fim as memórias alargadas são acontecimentos com duração superior a um dia com início e fim definidos. Estas, compreendem uma componente emocional que confere ao sujeito um sentido de organização e de continuidade do *self*, desempenhando um papel importante na caracterização e identidade do indivíduo ao nível da estruturação, codificação e evocação das memórias autobiográficas. Assim, sem a memória autobiográfica não é possível a existência de um *self*, tendo em conta que sem este o indivíduo não se reconhece a si próprio.

Com idade surge um declínio cognitivo gradual com importantes implicações ao nível da memória. No caso dos idosos existe, no entanto, um aumento da capacidade de regulação emocional através de estratégias de *coping*, nomeadamente através da reavaliação cognitiva que permite um aumento das memórias autobiográficas de valência emocional positiva e um decréscimo das memórias autobiográficas de valência emocional negativa. Contudo, na depressão, os esquemas depressogénios produzem um enviesamento nas memórias autobiográficas e surge um aumento de memórias de acontecimentos de valência emocional negativa e uma diminuição de memórias de acontecimentos de valência emocional positiva. Estes esquemas são fundamentais para a génese e manutenção da depressão, na medida em que o ciclo depressivo é reforçado, conduzindo a uma sobregeneralização das memórias autobiográficas

Este estudo teve um delineamento transversal exploratório comparativo e a amostragem foi não aleatória, sendo recolhida por conveniência utilizando um método correlacional. A amostra foi constituída por 31 idosos, a maioria dos participantes do género feminino. As idades da amostra estavam compreendidas entre os 65 e os 88 anos, com uma média de 71.87 anos. No que concerne às habilitações literárias dos participantes, a maioria destes tinham habilitações literárias ao nível da 4ª classe, ou seja 11 participantes (35.5%). Relativamente ao apoio psicoterapêutico, verificou-se que a maioria dos participantes nunca tinham tido acompanhamento terapêutico (N=27; 87.1%) e 17 indivíduos nunca tomaram qualquer tipo de medicação psicofarmacológica (54.8%).

O protocolo de investigação foi constituído pelo consentimento informado, pelo questionário sócio-demográfico e por instrumentos de avaliação clínica, nomeadamente: MoCA (Montreal Cognitive Assessment); BDI (Inventário de depressão de Beck), STAI (Y-1 e Y-2) (Inventário de Ansiedade Estado e Traço); NEMD (Nova Escala Multidimensional da Depressão), YSQ (Questionário de Esquemas de Young) e a TMA (Tarefa de Memórias Autobiográficas), pelo que, a NEMD foi apenas utilizada para aferição para a população portuguesa. Ainda, a título exploratório, foi realizada uma correlação entre escalas e verificou-se que apenas dois instrumentos (MoCA e YSQ) não apresentaram correlações com nenhuma das outras escalas.

O Inventário da Depressão de Beck foi utilizado para dividir a amostra em grupos, nomeadamente o grupo “Sem Sintomatologia Depressiva” em que seriam englobados os sujeitos que obtivessem uma pontuação igual ou inferior a 9, e o grupo “Com Sintomatologia Depressiva”, em que seriam inseridos os participantes com resultados iguais ou superiores a 10 pontos. Assim, o grupo “Sem Sintomatologia Depressiva” foi constituído por 18 participantes e o grupo “Com Sintomatologia Depressiva” foi constituído por 13 participantes. É ainda importante salientar que o grau da severidade de depressão mais observado foi “Depressão Ligeira”.

Na análise da Tarefa das Memórias Autobiográficas verificámos um total de 347 memórias autobiográficas evocadas e 541 não acontecimentos, não se verificando omissões. Ao nível da especificidade das memórias autobiográficas, das 347 evocadas, 196 eram específicas, 45 eram categóricas e 106 eram alargadas. No que concerne à valência emocional das memórias, foram verificadas 142 memórias de valência emocional positiva, 123 memórias de valência emocional negativa e 81 memórias de valência emocional neutra.

Neste estudo foram colocadas 4 hipóteses, a primeira hipótese: “Idosos Sem Sintomatologia Depressiva evocam maior número de memórias autobiográficas específicas do que Idosos Com Sintomatologia Depressiva” foi testada através de uma metodologia não paramétrica, o teste de *Mann-Whitney (U)* e não foram diferenças significativas entre os dois grupos ( $U=102.00; p=0.558$ ). Foi colocada como possível explicação, para a infirmação desta hipótese, o baixo grau de sintomatologia depressiva presente na amostra poder não estar ainda a comprometer a cognição dos sujeitos traduzindo-se num aumento de memórias autobiográficas específicas, dado que, a literatura aponta para o grau de severidade da depressão tenha implicações na cognição, pelo que se possa traduzir numa diminuição de memórias autobiográficas desta tipologia.

A nossa segunda hipótese, também ela infirmada, apontava para a questão: “Idosos Sem Sintomatologia Depressiva evocam um maior número de memórias autobiográficas de valência emocional positiva do que idosos Com Sintomatologia Depressiva”. Para testá-la utilizámos novamente uma metodologia não paramétrica (*Mann-Whitney (U)*) e novamente não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,214; 0.817$  e  $0.96 > 0.05$ ). Colocamos como possível explicação, o baixo grau de sintomatologia depressiva presente na nossa amostra, não estar ainda a comprometer os processos cognitivos dos sujeitos concomitantemente com a maior utilização de processos de regulação emocional, nomeadamente pelo processo de

reminiscência, traduzindo-se assim num aumento de memórias autobiográficas de valência emocional positiva.

A terceira hipótese: “Idosos Sem Sintomatologia Depressiva têm em média, um tempo de latência inferior aos idosos Com Sintomatologia Depressiva”, foi também testada através de metodologia não paramétrica (*Mann-Whitney (U)*) e foi também infirmada, tendo-se concluído que não existiam diferenças significativas ( $U=102.00$ ;  $p=0.560$ ). A literatura afirma que quase todos os sujeitos deprimidos apresentam sintomatologia ansiosa, mas nem todos os sujeitos ansiosos apresentam sintomatologia depressiva. Desta forma, quando os resultados do STAY (Y1 e Y2) foram analisados, verificou-se que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, o grupo “Com Sintomatologia Depressiva” apresenta resultados superiores ao grupo “Sem Sintomatologia Depressiva”. Colocamos portanto como explicação, a existência de uma comorbidade ansiosa nos sujeitos deprimidos, bem como, o grau de severidade de sintomatologia depressiva poder não comprometer ainda a velocidade de processamento dos sujeitos.

Por fim a nossa quarta e última hipótese: “Idosos Com Sintomatologia Depressiva tendem a evocar mais memórias autobiográficas categóricas com palavras-estímulo de valência emocional positiva e negativa”, foi também testada através de uma metodologia não paramétrica (*Friedman (Fr.)*), tendo-nos indicado que existiam diferenças significativas em pelo menos duas das médias ( $p=0.000<0.05$ ). Desta forma foi-nos possível concluir, através de testes posteriores, que os sujeitos “Com Sintomatologia Depressiva” evocam, em média, um maior número de memórias autobiográficas específicas de valência emocional positiva e negativa ( $M=6.30$ ;  $D.P.=4.79$ ), seguidamente memórias autobiográficas alargadas de valência emocional positiva e negativa ( $M=3.54$ ;  $D.P.=2.90$ ) e por último evocam menos memórias autobiográficas categóricas de valência emocional positiva e negativa ( $M=0.54$ ;  $D.P.=0.66$ ). No caso da depressão, a capacidade de memória de trabalho pode estar comprometida, encontrando-se esta ligada à evocação das memórias autobiográficas categóricas e específicas. Contudo, no caso da nossa amostra, o baixo grau de sintomatologia depressiva, pode não estar ainda a afectar a memória de trabalho, pelo que não se verifica a sobregeneralização das memórias autobiográficas.

A título exploratório foi realizada uma análise qualitativa ao nível do processo de categorização das memórias. Sempre que as memórias autobiográficas dos participantes não se enquadravam em categorias existentes, foram classificadas como “outras”. Nesta categoria foi verificada uma prevalência de memórias de valência evocadas nas palavras-estímulo de valência emocional neutra e colocámos como explicação, a valência emocional das palavras estímulo, não remeter para um período significativo para a vida do sujeito ou para a formação e manutenção do *self*. Já na categorização por palavras-estímulo, foi verificada uma maior evocação de memórias nas palavras estímulo de valência emocional positiva, tendo sido predominante evocadas as categorias: “casamento”, “nascimento de filhos”, “família” e “acontecimentos de filhos”, e de valência emocional negativa, evocadas as categorias: “morte dos pais”, “morte do companheiro” e “perda afectiva”. Contrariamente à categoria “outras”, explana-se que estas categorias tenham sido evocadas por serem relevantes para a coesão do *self* e continuidade na linha temporal do sujeito.

Durante a realização do estudo, deparámo-nos com algumas dificuldades, nomeadamente a dimensão do protocolo e a exaustão provocada pelo mesmo, bem como o grau da severidade da depressão e a dificuldade em entender as instruções do instrumento YSQ. Face a estes apontamentos, sugerimos uma alteração ao protocolo, para que se proceda a uma versão reduzida do mesmo. Ainda, sugerimos uma reavaliação no que concerne ao procedimento de validação de acontecimento/ não acontecimento, sugerindo que seja feita em estudos futuros, através de datação indirecta. Por fim, recomendamos que estudos futuros sobre estes domínios tenham como alvo uma população clínica, para melhor entender as diferenças entre os grupos, nomeadamente, com um diagnóstico clínico de depressão, em que seja possível a análise dos diferentes graus de severidade de depressão e que seja feita uma comparação de indivíduos que preencham os critérios de avaliação da MoCA e os que não preencham de modo a verificar se existem diferenças no que concerne às memórias autobiográficas e ao comprometimento cognitivo.

Palavras- chave: Idosos, Memória autobiográfica, Sintomatologia depressiva, Sobregeneralização

## **A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO CULTURAL NA FORMAÇÃO DE MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS: OS SCRIPTS CULTURAIS E A CENTRALIDADE DE EVENTO NA EVOCAÇÃO DOS EVENTOS DE VIDA**

Manuela Alcobia

ISPA-Instituto Universitário

manuelaalcobia@gmail.com

Victor Cláudio

ISPA-Instituto Universitário

vclaudio@ispa.pt

Esta investigação estuda a relação entre *scripts* culturais e acontecimentos de vida na população portuguesa, a distribuição destes eventos ao longo da vida, e a relação da centralidade de evento com os acontecimentos de vida e os *scripts* culturais.

Foi aplicado um protocolo constituído por Questionário de *Scripts* de Vida, Questionário de Acontecimentos de Vida e Escala de Centralidade de Evento, a uma amostra de 186 sujeitos (67 do género masculino, 119 do género feminino).

Os resultados apontam para os seguintes aspectos: (1) O *script* cultural da população portuguesa é semelhante aos de outras populações estudadas; (2) Existe sobreposição entre os eventos dos *scripts* culturais e de história de vida; (3) Existe efeito de reminiscência para eventos de história de vida de valência emocional positiva e negativa; (4) Não foi encontrada relação entre eventos de história de vida e centralidade de evento; (5) Não foi encontrada relação entre valências emocionais e importância dos eventos de história de vida e a centralidade de evento.

Discutimos estes resultados salientando a importância dos *scripts* culturais no processamento de informação e evocação de acontecimentos de vida, bem como na repercussão emocional destes, procurando compreender a interacção entre memória, identidade e contexto cultural.

Palavras-chave: Scripts Culturais, Acontecimentos de Vida, Centralidade de Evento, Reminiscência.

As memórias autobiográficas mantêm o registo das experiências que são relevantes para a construção do *self* de cada sujeito, contendo as recordações associadas às emoções vivenciadas na época (Ece & Gulgoz, 2014). Estas recordações são distorcidas dos acontecimentos, adaptadas ao contexto pessoal dos sujeitos e coerentes com a sua identidade (Habermas, 2012).

Estas memórias permitem ao sujeito avaliar contextos presentes e tomar decisões, assim como ajudam a projectar o futuro, ao fornecer uma base de predição de acontecimentos (Gryzman, Prabhakar, Anglin, & Hudson, 2014).

Esta função de ponte entre passado, presente e futuro vai moldar as práticas de vida, opiniões e atitudes do sujeito e, conseqüentemente, vai influenciar o contexto cultural em que se encontra inserido. No entanto, este efeito é bidirecional, uma vez que o contexto cultural vai influenciar o *self* conceptual do sujeito, induzindo alterações na sua recordação autobiográfica (Conway & Jobson, 2012).

Esta mútua influência está intimamente ligada ao script cultural de vida, conceito estabelecido por Berntsen e Rubin, em 2004, que representa uma série de eventos de vida que decorrem numa ordem específica, em idades pré-estabelecidas, representam um curso de vida prototípico dentro de uma determinada cultura, e não são imutáveis, já que são uma estrutura cognitiva de origem semântica. Sempre que o sujeito enfrenta momentos de mudança no seu espaço cultural, seja por convulsões sociais, seja por movimentos migratórios, tem necessidade de adaptar os *scripts* à sua nova realidade, excluindo os que deixam de fazer sentido, e inserindo outros que melhor se adaptem à nova realidade (Erdogan, Baran, Avlar, Tas, & Tekcan, 2008).

Os *scripts* têm a função de ajudar o sujeito a sentir-se integrado no seu contexto cultural, facilitando as suas relações interpessoais, e, conseqüentemente, o seu equilíbrio psicológico. Estes eventos têm uma ligação muito estreita com os eventos de história de vida, uma vez que parecem estruturar a evocação destes, fornecendo descritores de busca. Os scripts culturais funcionam como uma espécie de capítulos na narrativa de vida, fornecendo uma organização temporal e temática das memórias em torno de temas associados a eventos culturalmente expectáveis (Rubin & Berntsen, 2003). Este processo possibilita um maior raciocínio relativo aos eventos e períodos de vida, e facilita a integração destes num esquema de história de vida do sujeito, que o vai guiar sempre que necessita evocar memórias, avaliar situações presentes ou pensar objectivos futuros (Bluck & Habermas, 2000).

Por outro lado, os eventos de história de vida considerados relevantes para a identidade do sujeito podem fazer, ou não, parte dos *scripts* culturais. Os eventos que são unicamente parte da história de vida dos sujeitos habitualmente não têm valência emocional negativa e apresentam maior ressonância emocional de valência positiva. Uma possível explicação é os eventos que os sujeitos normalmente evocam, e que não são parte do *script* cultural, serem percebidos como momentos emocionais em que foi exercido o controlo sobre a própria vida, ou que consistem em desvios adaptativos aos *scripts* culturais.

A forma como estes desvios são sentidos pelo sujeito e a valência emocional atribuída aos eventos associados condiciona os processos adaptativos, uma vez que apresentam tendência a serem incorporados na identidade e história de vida dos sujeitos. Assim, memórias de valência emocional positiva são classificadas como mais centrais à identidade e história de vida, de uma forma adaptativa, enquanto a centralidade de memórias de valência emocional negativa parecer associada a perturbações emocionais como PSPT e depressão, adquirindo uma

centralidade desadaptativa, originando mais pensamentos pessimistas, ruminações e dificuldade de fazer avaliações das situações presentes (Scherman, Salgado, Shao, & Berntsen, 2014).

Também um sujeito cuja história de vida seja dissonante com o *script* cultural de vida, poderá apresentar menor sintonia com as expectativas da cultura onde se encontra integrado, o que pode implicar maiores dificuldades emocionais e atribuição de maior centralidade dos eventos na sua história de vida. Estas dificuldades poderão estar associadas ao facto de estes eventos, vividos de forma mais traumática, poderem fornecer pontos de referência para a organização de experiências menos salientes, influenciar a atribuição de significados a outros eventos, e gerar expectativas para eventos futuros. Ou seja, tornam-se agentes causais na história de vida, fornecendo explicações para escolhas, actos e valores pessoais subsequentes (Berntsen & Rubin, 2006).

É necessário acrescentar que as características individuais do sujeito, como a resiliência e a autoeficácia, influenciam a atribuição de significado, e centralidade, ao evento vivido. Sujeitos resilientes parecem desenvolver menos sintomas de PSPT ou mesmo de crescimento pós-traumático, por não sentirem as experiências como excessivamente *stressantes* (Schuettler & Boals, 2011).

A influência dos scripts culturais de vida na evocação dos eventos de história de vida também parece estar associada à distribuição temporal das evocações de memórias autobiográficas ao longo da vida, constituindo assim como processo explicativo do efeito de reminiscência. Este efeito caracteriza-se pelo aumento da recordação de memórias relativas a um período específico de idade, dos 10 aos 30 anos, surgindo em vários tipos de conhecimentos autobiográficos. Foi observado em populações acima dos 40 anos, a quem era pedido o exercício de evocação de memórias. A reminiscência não é restrita a adultos mais velhos, surgindo em idades mais jovens (Jansari & Parkin, 1996), embora a curva de reminiscência seja mais pronunciada nos sujeitos mais velhos (Janssen, Chessa, & Murre, 2005). As memórias associadas a este período parecem ser especialmente ricas em conteúdo emocional e motivacional (McAdams, 2001), apresentando uma valência emocional positiva e sendo muito valorizadas. Não se verifica uma curva semelhante para eventos de vida de valência emocional negativa (Berntsen & Rubin, 2002). A ausência do efeito de reminiscência para eventos de valência emocional negativa pode dever-se a reduzido treino destes eventos em contexto de conversação, devido à censura social ou ao facto dos eventos de valência emocional negativa serem seguidos de maior instabilidade (Berntsen & Rubin, 2004). No entanto, um estudo de 2014, elaborado com a população de Trinidad e Tobago, encontrou um efeito de reminiscência para eventos de valência emocional negativa. Os autores sugerem que esse efeito se deve ao meio socioeconómico menos desenvolvido desta população, (Alea, Ali, & Marcano, 2014). Os eventos não surgem na reminiscência apenas por serem entendidos como importantes quando ocorrem, mas também por continuarem a ser importantes quando evocados. Os acontecimentos de escolhas de vida, que ocorrem na altura referente à reminiscência, poderão formar uma parte integral da história de vida, em termos de o sujeito repetidamente ter que explicar o desenvolvimento da sua vida a si mesmo e aos outros (Gluck & Bluck, 2007; Thomsen & Berntsen, 2008; Demiray, Gulgoz & Bluck, 2009; Bohn & Berntsen, 2011; Dickson, Pillemer & Bruehl, 2011). A teoria dos *scripts* culturais e de

história de vida sugere que a reminiscência é produto de uma estratégia particular de pesquisa de memória quando o sujeito recorda a sua vida. Esta estratégia passa pela internalização de um *script* cultural, que funciona como modelo para a evocação de eventos associados a cada fase de vida, operando como início de um capítulo da narrativa individual e orientando a busca de memórias mais específicas. A reminiscência poderia ser considerada um produto da estratégia de evocação, para os eventos de vida.

Os *scripts* culturais foram estudados em várias populações como a dinamarquesa, americana (Rubin, Berntsen, & Hutson, 2009), japonesa (Janssen, Uemiy, & Naka, 2014), do Qatar (Ottsen & Berntsen, 2013), ou de subculturas, como a população afro-americana na sociedade norte-americana (Coleman, 2014) surgindo uma forte sobreposição nas categorias de eventos evocados. Na população portuguesa a investigação da relação entre contexto cultural (através da representação dos *scripts* culturais), eventos de história de vida e a memória autobiográfica, é um tema pouco trabalhado.

Nesta investigação tínhamos como objectivo analisar como os eventos de história de vida e os *scripts* culturais de vida se relacionam entre si, e como ambos influenciam a forma como o sujeito evoca as suas memórias autobiográficas, numa amostra da população portuguesa. Pretendíamos, também, analisar de que forma a centralidade de evento de vida se relaciona com as memórias autobiográficas e os eventos de vida.

## MÉTODO

O protocolo aplicado foi o seguinte: Questionário Sociodemográfico, Versão portuguesa dos Eventos e Questionário de Eventos de *Scripts* de Vida (Berntsen & Rubin, 2004), traduzido por Balola e Cláudio, em 2013 (não publicado); Versão portuguesa dos Eventos e Questionário de Eventos de História de Vida (Berntsen & Rubin, 2004), traduzido por Balola e Cláudio, em 2013 (não publicado); e Escala da Centralidade de Eventos (Berntsen & Rubin, 2006), traduzida por Balola e Cláudio, em 2012 (não publicado).

A amostra, de conveniência, foi constituída por 186 sujeitos, 119 do género feminino e 67 do género masculino, com idades entre os 18 e os 70 anos, com média de 37 anos, a maioria solteiros (41,4%) e a maioria com escolaridade ao nível do ensino superior (47,8%).

## RESULTADOS

### Scripts Culturais de Vida vs. Eventos de História de Vida

As sete categorias de eventos mais referidas nos *Scripts* Culturais e na História de Vida apresentam alguma sobreposição, principalmente no que diz respeito às quatro categorias mais referidas (tabela 1).

Tabela 1- Categorias mais evocadas

Ordem	<i>Scripts</i> culturais	N	Ordem	História de vida	N
1	Nascimento de filho(s)	97	1	Nascimento de filho(s)	78
2	Casamento / união de facto	89	2	Casamento / união de facto	64
3	Entrada na escola	69	3	Primeiro emprego	50
4	Primeiro emprego	39	4	Entrada na escola	49
5	Nascimento	37	5	Morte de outros	36
6	Primeiro relacionamento	27	6	Entrada na faculdade	27
7	Faculdade	25	7	Viagem	25

As médias de importância atribuída aos eventos de *Script Cultural* variam entre 7,00 e 3,75; as de idade de ocorrência dos eventos entre 81,78 e 1,38 e as médias de valências emocionais atribuídas aos eventos entre 3,00 e -2,90, sendo que apresentaram valência emocional negativa 6 categorias, isto é, 8% do total das categorias destes eventos.

No que se refere aos eventos de História de Vida, as médias de importância atribuída aos eventos variam entre 7,00 e 4,83; as de idade de ocorrência entre 52,33 e 2,00 e as médias de valências emocionais atribuídas aos eventos entre 3,00 e -2,88, sendo que apresentaram valência emocional negativa 8 categorias, isto é, 9,63% do total das categorias destes eventos.

Tal como referido por Fonseca (Fonseca, 2014), existe um *script* cultural de vida para a população portuguesa, encontrando entre ambas as investigações uma forte sobreposição de eventos referidos, principalmente nas dez primeiras categorias. Relativamente aos estudos feitos por Berntsen e Rubin (2004) também existe sobreposição de categorias criadas. É de referir que entre o estudo de Berntsen e Rubin (2004), o de Fonseca (2014) e o nosso existe sobreposição total das 3 primeiras categorias.

Destes resultados podemos concluir que os *scripts* parecem estar bem enraizados na população e que consistem em estruturas partilhadas em larga escala por populações de diferentes países, com ligeiras diferenças relacionadas com aspectos mais específicos de cada cultura.

Os *scripts* culturais são essencialmente constituídos por eventos de valência emocional positiva, e, também aqui, foi confirmada essa predominância, uma vez que 69 em 75 categorias foram atribuídos de valência emocional positiva. Também a importância atribuída a todas as categorias foi acima da média da escala de importância atribuída do questionário dos *scripts* culturais de vida. Assim, confirma-se que as características dos eventos de *script* cultural são eventos marcantes, vivenciados como relevantes para uma história prototípica, estando de acordo com a definição de *script* cultural. Este facto está associado ao princípio de que numa vida imaginada, os sujeitos idealizam o decorrer dessa

vida em torno dos princípios vigentes da sua cultura, atribuindo uma valência emocional positiva ao percurso dentro da normalidade cultural esperada.

Nos eventos de História de Vida as valências emocionais associadas apresentaram predominância positiva, com apenas 8 categorias em 83 categorias (9,63%) associadas a valências emocionais negativas, e a importância com médias sempre acima do valor médio de escala, com um valor mínimo de 4,83. Este enviesamento positivo, junto com a importância atribuída aos eventos, mostram que os participantes se focaram nas memórias dos eventos que melhor se integram na sua identidade, indo de acordo com as teorias de autoaperfeiçoamento que propõem que há uma tendência dos sujeitos se focarem em informação de valência emocional positiva acerca deles próprios, como forma de se apresentar como alguém em evolução, procurando um permanente aperfeiçoamento e integração na sua cultura (Scherman, Salgado, Shao, & Berntsen, 2014).

#### Distribuição temporal das evocações dos Eventos de *Scripts* Culturais e de História de Vida

A evocação de eventos de história de vida, de valência emocional positiva, apresenta uma curva acentuada entre a 2ª e a 3ª década de vida, com elevado número de evocações, e que, a partir dos 30 anos, surge uma diminuição acentuada no número de evocações, seguido de um período uniforme. Assim, verificamos que a distribuição temporal dos eventos de história de vida, associados a valência emocional positiva, apresenta curva de reminiscência. Estes resultados estão de acordo com a literatura. A curva de reminiscência parece resultar de uma estratégia de busca de memórias; esta busca utilizaria os *scripts* culturais de vida e os eventos de história de vida como descritores, o que induziria a evocação de um elevado número de acontecimentos emocionalmente significativos nessa década de vida, revelando-se como uma época rica em eventos de transição, individualmente memoráveis (Gluck & Bluck, 2007). Os nossos resultados apoiam esta hipótese explicativa do efeito de reminiscência, uma vez que este foi encontrado nos eventos de valência emocional positiva, quer para os eventos de história de vida, quer para os *scripts* culturais de vida.

Esta sobreposição também poderá estar associada a um enviesamento de juventude, que complementa a explicação da curva de reminiscência, defendendo que as experiências mais notáveis da vida de um sujeito ocorrem no início da idade adulta, e, juntamente com os *scripts* culturais, estruturam a evocação de memórias (Koppel & Berntsen, 2014).

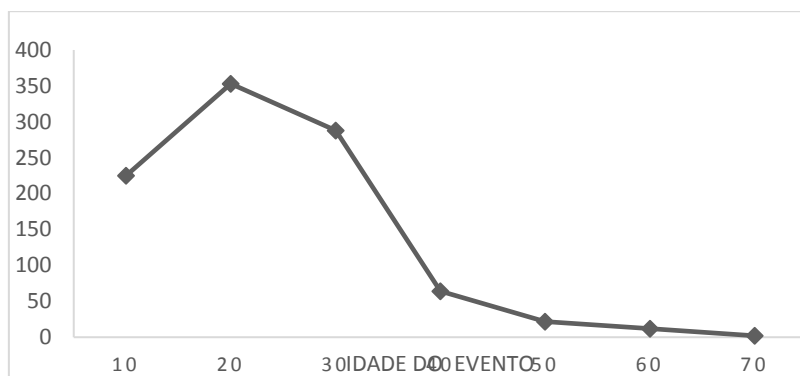


Figura 1- Distribuição temporal dos eventos de história de vida, de valência emocional positiva

Na figura 2 representamos a distribuição temporal dos eventos associados a valência emocional negativa.

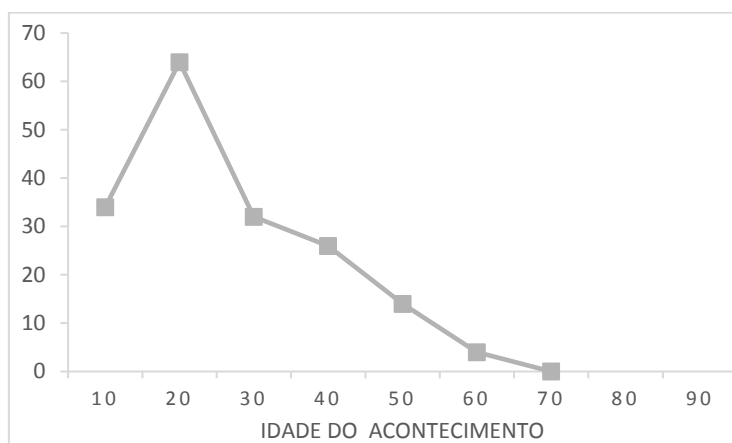


Figura 2 - Distribuição temporal dos eventos de história de vida de valência emocional negativa

Destes resultados salientamos que a distribuição temporal de eventos de história de vida de valência emocional negativa, não parece ser uniforme ao longo da vida, apresentando uma curva acentuada na 2ª década de vida, semelhante à curva de reminiscência associada aos eventos de valência emocional positiva, e posterior declive gradual da curva.

Estes resultados contrariam a literatura existente, que sugere que os eventos de história de vida, de valência emocional negativa, por não apresentarem períodos de ocorrência definido no decurso de uma vida, deveriam ter uma distribuição homogênea de evocações (Janssen, Chessa, & Murre, 2005; Kawasaki, Janssen, & Inque, 2011). Apenas uma investigação, realizada junto da população de Trinidad e Tobago, encontrou um efeito de reminiscência neste tipo de eventos (Alea, Ali, & Marcano, 2014), tendo os autores atribuído este resultado às dificuldades socioeconómicas vividas pela população, ao longo de vários anos.

Por seu lado, Erdogan e colegas (2008), referem que momentos de transição cultural, com mudanças profundas sociais, poderão levar a mudanças nos *scripts* (Erdogan, Baran, Avlar, Tas, & Tekcan, 2008). Estas mudanças de *script* poderão levar a que os eventos de *script* cultural, vividos pelos sujeitos não sejam sentidos com valência emocional positiva, por não decorrerem nas idades esperadas, ou por se dar uma alteração nas ordens de acontecimentos.

Desta forma, os nossos resultados poderão estar associados às dificuldades sociais e económicas que têm vindo a ser sentidas nos últimos anos, possivelmente desencadeando mudanças e/ou incumprimento dos *scripts* culturais. Estas mudanças poderão ter levado a que os eventos de valência emocional negativa tenham ganho um papel preponderante na história de vida dos sujeitos, levando a uma maior frequência de evocação.

A diferença de distribuições entre eventos de valência emocional positiva e negativa são uma das bases de suporte da explicação da reminiscência, através dos *scripts* culturais. A existência de um efeito de reminiscência, por ligeiro que seja, para os eventos de valência emocional negativa deverá ser mais estudado

#### CENTRALIDADE DE EVENTO E AS DIFERENÇAS ENTRE EVOCAÇÃO DOS EVENTOS DOS SCRIPTS CULTURAIS E OS EVENTOS DE HISTÓRIA DE VIDA

Para estudar esta associação foi realizada uma análise de variância simples (Anova One-Way), tendo sido constituídos três grupos, a partir da relação de evocações de eventos dos *scripts* culturais de vida e de história de vida. Criámos então (1) um grupo, que denominámos de sobreposição positiva, obtido quando os eventos eram referidos simultaneamente nos *scripts* culturais e na história de vida; (2) grupo denominado de ausência de sobreposição, em que o evento é referido ou só nos *scripts* culturais ou só na história de vida, e (3) grupo de sobreposição negativa, em que o evento não surge nem nos *scripts* culturais nem na história de vida.

Uma vez que pretendíamos estudar a relação entre a sobreposição, ou a ausência desta, entre os eventos de história de vida e os eventos de *script* cultural, optámos por estudar apenas os quatro mais evocados. Entre os dois primeiros existe uma correspondência perfeita de ordem entre ambas as listas e quase perfeita entre os dois seguintes. No entanto, entre estas quatro categorias, existem diferenças de evocação que nos pareceram ser significativas para o estudo, enquanto nas categorias seguintes os valores de N são mais próximos (tabela 2).

Tabela 2- Quatro categorias mais evocadas

Ordem	<i>Scripts</i> culturais	N	Ordem	História de vida	N
1	Nascimento de filho(s)	97	1	Nascimento de filho(s)	78
2	Casamento / união de facto	89	2	Casamento / união de facto	64
3	Entrada na escola	69	3	Primeiro emprego	50
4	Primeiro emprego	39	4	Entrada na escola	49

Apenas foram encontradas diferenças significativas na categoria “ Entrada na Escola”, no domínio *História de vida* ( $F(2, 173) = 3,380, p = ,036$ ) em que os testes de comparação múltipla *a posteriori* indicam que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos que evocaram simultaneamente os *scripts* e os eventos relacionados com a entrada na escola e os que apenas os evocaram num contexto, sendo que estes últimos obtêm valores significativamente mais levados nesta dimensão (17,58 vs. 14,54); e no domínio *Identidade* ( $F(2, 63,545) = 3,375, p = ,040$ ) em que os testes de comparação múltipla *a posteriori* indicam que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos que não evocaram os *scripts* e os eventos relacionados com a entrada na escola e os que apenas os evocaram num contexto, sendo que estes últimos obtêm valores significativamente mais levados nesta dimensão (22,27 vs. 20,22).

Nas restantes categorias as diferenças entre a evocação dos eventos dos *scripts* culturais e dos eventos de história de vida não influenciaram significativamente os valores de centralidade de evento.

De acordo com a literatura, a ausência de correspondência entre eventos de história de vida e *scripts* culturais implicaria que os *scripts* não estariam a ser cumpridos, o que se traduziria em níveis mais elevados de *stress* emocional. Os acontecimentos de vida associados com este incumprimento tornar-se-iam centrais à narrativa do sujeito, e à sua identidade (Rubin, Berntsen, & Hutson, 2009). Dado que as categorias estudadas são as mais evocadas pela população, a diferença na sua evocação deveria representar um factor de *stress* aumentando a centralidade atribuída aos eventos. No entanto, quando aplicamos a Escala de Centralidade de Evento, estamos a pedir aos sujeitos para se concentrarem no acontecimento mais *stressante* da sua vida, mas não acedemos ao evento propriamente dito. Desta forma, não sabemos se este está associado a alguma das categorias estudadas, podendo tratar-se de um evento único, evocado por poucos sujeitos, e apenas no questionário de eventos de história de vida, com forte probabilidade de ser classificado como pertencendo à categoria Outros.

#### CENTRALIDADE DE EVENTO E VALÊNCIA EMOCIONAL E IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AOS EVENTOS DE HISTÓRIA DE VIDA

A valência emocional atribuída ao casamento/união de facto correlaciona-se negativamente e de forma fraca com as subescalas história, identidade e expectativas, assim como com o score total da centralidade do evento.

A valência emocional atribuída ao primeiro emprego correlaciona-se positivamente e de forma moderada com a história, expectativas e total da centralidade do evento e de forma positiva e fraca com a identidade.

Em relação à importância atribuída aos eventos, os únicos coeficientes de correlação estatisticamente significativos obtidos foram uma correlação negativa e fraca entre a importância atribuída ao casamento/união de facto e a subescala expectativas da escala de centralidade de eventos.

Assim, não encontramos associação estatisticamente significativa para a maioria das diferenças de evocação de eventos dos *scripts* culturais e de história de vida, e a centralidade de evento. Apenas foi encontrada, para a categoria Entrada na

escola, relação entre a subescala história de vida e a evocação simultânea de eventos nos *scripts* culturais e na história de vida, e entre a subescala Identidade e a evocação unicamente num dos contextos.

De acordo com a literatura, a ausência de correspondência entre eventos de história de vida e *scripts* culturais implicaria que os *scripts* não estariam a ser cumpridos, o que se traduziria em níveis mais elevados de *stress* emocional. Os acontecimentos de vida associados com este incumprimento tornar-se-iam centrais à narrativa do sujeito, e à sua identidade (Rubin, Berntsen, & Hutson, 2009). Dado que as categorias estudadas são as mais evocadas pela população, a diferença na sua evocação deveria representar um factor de *stress* aumentando a centralidade atribuída aos eventos. No entanto, quando aplicamos a Escala de Centralidade de Evento, estamos a pedir aos sujeitos para se concentrarem no acontecimento mais *stressante* da sua vida, mas não acedemos ao evento propriamente dito. Desta forma, não sabemos se este está associado a alguma das categorias estudadas, podendo tratar-se de um evento único, evocado por poucos sujeitos, e apenas no questionário de eventos de história de vida, com forte probabilidade de ser classificado como pertencendo à categoria Outros.

#### CENTRALIDADE DE EVENTO, VALÊNCIA EMOCIONAL E IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AOS EVENTOS DE HISTÓRIA DE VIDA

No que se refere à valência emocional, nas sete categorias estudadas apenas foram encontradas correlações negativas fracas com a categoria casamento (de valência emocional média 2,47) e positivas moderadas com a categoria primeiro emprego (de valência emocional média 2,39). Estes resultados acabam por ser, de certa forma, contraditórios, pois temos duas categorias, de valência emocional positiva, a relacionar-se de forma oposta com a centralidade de evento. Desta forma, não podemos afirmar existir relação entre a centralidade de evento e a valência emocional atribuída aos eventos.

Uma vez que a Escala de Centralidade de Evento tem como objectivo medir até que ponto a memória de um evento *stressante* forma um ponto de referência na identidade pessoal do sujeito e influencia a atribuição de significados a outros eventos da vida do sujeito (Berntsen & Rubin, 2006), o acontecimento em que o sujeito se focaliza deve representar um marco vívido, da sua memória autobiográfica, a que atribua valência emocional negativa. Da mesma forma, a valência emocional atribuída a um evento influencia o funcionamento da memória e a criação de cenários futuros (Scherman, Salgado, Shao, & Berntsen, 2014), moldando a forma como o evento vai ser evocado e a função que essa evocação vai ter.

Assim, seria de esperar que existisse uma correlação positiva entre esta escala, e respectivas subescalas, e os eventos de valência emocional negativa, e uma correlação negativa com os eventos de valência emocional positiva.

Relativamente à importância atribuída aos eventos, os resultados não demonstram correlações significativas com a Escala de Centralidade de Evento, nos seus vários domínios, surgindo apenas uma correlação fraca entre o domínio expectativas e a categoria Casamento / união de facto.

De acordo com a literatura existente, eventos que constituam marcos temporais de vida são eventos a que o sujeito atribui elevada importância, quer na altura de codificação, quer na altura de evocação (Shum, 1998). Desta forma, um evento *stressante* tornar-se-ia tanto mais central à história de vida, identidade e expectativas futuras do sujeito, quanto maior importância e valência emocional negativa este lhe atribuísse. Embora as categorias estudadas na nossa investigação sejam atribuídas de elevada importância, no Questionário de Eventos de História de Vida, os valores médios da Escala de Centralidade de Evento não são muito elevados, o que poderá sugerir um esbatimento de afecto, e diminuição da relevância dos acontecimentos *stressantes* evocados.

Os resultados poderão ser justificados pelo facto de os eventos *stressantes*, sempre que os sujeitos apresentem características de resiliência e estratégias de *coping* adaptadas, perderem parte da sua valência emocional negativa, embora mantendo a importância atribuída.

## CONCLUSÃO

Dos nossos resultados fica confirmada a existência de um *script* cultural de vida para a população portuguesa, e que este é muito semelhante aos apresentados por outras populações ocidentais anteriormente estudadas (Rubin, Berntsen & Hutson, 2009; Coleman, 2014; entre outros). Esta semelhança entre populações poderia estar associada a uma homogeneidade de pensamento em sociedades ocidentais. No entanto, estudos efectuados com populações culturalmente diferentes, como na Turquia, Trinidad ou Qatar, mostram pequenas diferenças interculturais, frequentemente resultantes de princípios religiosos (Alea, Ali, & Marcano, 2014; Erdogan, Baran, Avlar, Tas & Tekcan, 2008; Ottsen & Berntsen, 2013). Estes resultados entre culturas diversas demonstram o quanto o conceito de *script* cultural é universal e robusto. Também permite entender que embora as culturas sejam diferentes, as âncoras de vida dos sujeitos são bastante semelhantes, sugerindo que os seus objectivos de vida estão muito próximos, independentemente do contexto cultural e/ou socioeconómico em que se encontrem inseridos.

Outro conceito bastante robusto no estudo das memórias autobiográficas é a reminiscência. Na nossa investigação, tal como esperado, este efeito foi encontrado para eventos de história de vida, assim como para os eventos de *script* cultural, de valência emocional positiva. As curvas apresentadas para ambos são muito semelhantes, reforçando a ideia de os *scripts* culturais servirem de guia para a evocação de acontecimentos de vida.

No entanto, e contrariando a literatura existente, também encontramos efeito de reminiscência para os acontecimentos de história de vida, de valência emocional negativa. Estes resultados só apresentam semelhança com o estudo da população de Trinidad (Alea, Ali, & Marcano, 2014), tendo os autores defendido a hipótese deste efeito surgir devido às difíceis condições de vida da população. Uma vez que a nossa população atravessa uma época de dura crise económica, poderemos pensar que os acontecimentos adversos levem a maiores desvios dos *scripts* culturais de vida, e a atribuições de valência emocional negativa a eventos que inicialmente seriam considerados emocionalmente de valência positiva. Se assim for, estes eventos continuariam a ser sentidos como centrais

à história de vida dos sujeitos, levando a que fossem incluídos nas suas evocações de acontecimentos importantes. Por outro lado, as condições desfavoráveis vividas pela nossa população podem induzir um período de adaptação e criação de novos *scripts* culturais, com a introdução de categorias como a emigração, ou a valorização de categorias associadas ao trabalho. Estas categorias poderão estar a ser associadas a valências emocionais negativas pelas dificuldades associadas.

Também o pico associado à distribuição de evocações na primeira década de vida, que detectámos nos *scripts* culturais de vida, é atípico da curva de distribuição de evocação de eventos encontrada em estudos prévios. Essa alteração poderá estar associada à importância atribuída pela nossa população ao desenvolvimento infantil, como essencial a uma melhor integração na sociedade.

Pensamos que seria importante analisar se estes efeitos se repetem noutras amostras da população portuguesa, e investigar quais as características, sociais e individuais, que lhe poderão estar associadas.

Relativamente à centralidade de evento não foram encontradas relações com os eventos de história de vida. Embora estes resultados possam estar associados ao pequeno número de categorias com valência emocional negativa nas categorias mais relevantes dos eventos de história de vida, seria interessante procurar relação entre a centralidade de evento, estratégias de *coping* e esquemas cognitivos. Desta forma poderíamos procurar associação entre a capacidade de adaptação da nossa população a momentos de elevado *stress*, como o vivido actualmente.

Outra explicação possível desta ausência de correlação, pode ser a baixa probabilidade de o evento *stressante* que serve de referência no preenchimento da Escala de Centralidade de Eventos (ECE), surgir nas sete categorias principais dos eventos de história de vida, uma vez que estas são principalmente de valência emocional positiva. Outra possibilidade estaria associada à capacidade de adaptação da nossa população a eventos *stressantes*, sublimando-os, e transformando-os em eventos centrais à sua história, através de processos adaptativos.

Na nossa investigação optámos não estudar as categorias Não evento; Esta opção relaciona-se com a decisão de estudar as relações entre Eventos de História de Vida e Centralidade de Evento, levando à exclusão de respostas semânticas, evasivas. O estudo dos eventos desta categoria será efectuado, no futuro.

A elevada quantidade de categorias criadas também acabou por restringir a análise mais detalhada dos eventos encontrados na nossa população, uma vez que parte desta implica o estudo categoria a categoria. Em estudos futuros, para contornar esta dificuldade ponderamos aplicar a “regra dos 4%”, segundo a qual, em amostras superiores a 100 participantes, as categorias são criadas apenas quando os eventos forem referidos por mais de 4% dos sujeitos (ver Janssen, Uemiyama & Naka, 2014; Scherman, 2013; Umanath & Berntsen, 2013), reduzindo o número de categorias criadas. Também poderá ser interessante criar domínios de categorias, como Família, Trabalho, etc., e repetir as análises estatísticas efectuadas. Esta alteração das categorizações poderá dar uma visão mais

generalizada da nossa população e abrir novas perspectivas em relação à centralidade de evento. Para a presente investigação, pareceu-nos interessante manter categorias diversificadas, mais próximas dos eventos referidos pelos sujeitos, perdendo, assim, menos informação.

Sendo os *scripts* culturais um conceito tão robusto nas várias sociedades, que marcam a forma como o sujeito se deve comportar ao longo da vida, quais os objectivos a perseguir, *etc.*, seria interessante tentar associar as discrepâncias entre os *scripts* culturais e as histórias de vida a outros conceitos, como esquemas de funcionamento emocional dos sujeitos.

Já que os objectivos são universalmente semelhantes, será nas estratégias de funcionamento emocional que estarão as diferenças entre culturas. Provavelmente serão essas diferenças que levarão a que sociedades que partilham *scripts* semelhantes sejam tão díspares. Essas estratégias diferentes não levam apenas à construção de sociedades com normas diferenciadas, mas a técnicas de adaptação a condições de *stress*, possivelmente, também diferentes.

Cremos que a aplicação dos questionários de *scripts* culturais e de história de vida a grupos minoritários, com diferenças étnicas ou de crenças de vida, permitiria entender melhor esses grupos e a forma como se enquadram na cultura que os rodeia. Também a aplicação a grupos imigrantes poderia ser muito interessante, permitindo perceber quais as suas expectativas, e as diferenças entre os seus *scripts* culturais e os da cultura onde se tentam integrar. Com esse estudo poderíamos colmatar diferenças, ajudar a compensar disparidades e facilitar a sua integração.

Também seria relevante analisar os *scripts* culturais e as discrepâncias com os eventos de história de vida em populações clínicas, procurando pontos de cisão entre expectativas e realidade.

Em suma, se o ser humano é marcado pela sua cultura, via *scripts* culturais, também o contexto cultural é marcado pelo ser humano, através da sua história de vida. Para entendermos cada sujeito que nos procura, temos que compreender a sua conjuntura social e para tal, o aprofundar dos *scripts* culturais e da sua relação com a história de vida parece-nos essencial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alea, N., Ali, S., & Marcano, B. (2014). The bumps in Trinidadian life: reminiscence bumps for positive and negative life events. *Applied Cognitive Psychology*, 28, pp. 174-184.

Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2002). Emotionally charged autobiographical memories across the life span: the recall of happy, sad, traumatic, and involuntary memories. *Psychology and Aging*, 17(4), pp. 636-652.

Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2004). Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory. *Memory & Cognition*, 32(3), pp. 427-442.

Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: a measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44, pp. 219-231.

Bluck, S., & Habermas, T. (2000). The life story schema. *Motivation and Emotion*, 24(2), pp. 121-147.

Bohn, A., & Berntsen, D. (2011). The reminiscence bump reconsidered: children's prospective life stories show a bump in young adulthood (research report). *Psychological Science*, 22(2), pp. 197-202.

Coleman, J. T. (2014). Examining the life script of African-Americans: a test of the cultural life scripts. *Applied Cognitive Psychology*, 28, pp. 419-426.

Conway, M. A., & Jobson, L. (2012). On the nature of autobiographical memory. Em D. Berntsen, & D. C. Rubin, *Understanding autobiographical memory - theories and approaches* (pp. 54-69). Cambridge: Cambridge University Press.

Demiray, B., Gulgoz, S., & Bluck, S. (2009). Examining the life story account of the reminiscence bump: why we remember more from young adulthood. *Memory*, 17(7), pp. 708-723.

Dickson, R. A., Pillemer, D. B., & Bruehl, E. C. (2011). The reminiscence bump for salient personal memories: is a cultural life script required? *Memory & Cognition*, 39, pp. 977-991.

Ece, B., & Gulgoz, S. (2014). The impact of suppressing the typical life events on the reminiscence bump. *Applied Cognitive Psychology*, 28, pp. 702-710.

Erdogan, A., Baran, B., Avlar, B., Tas, A. Ç., & Tekcan, A. I. (2008). On the persistence of positive events in life scripts. *Applied Cognitive Psychology*, 22, pp. 95-111.

Fonseca, M. (2014). *Life scripts e a sua associação com estados de humor, género, vinculação e relações interpessoais*. Relatório de Dissertação, ISPA - IU, Lisboa.

Gluck, J., & Bluck, S. (2007). Looking back across the life span: a life story account of the reminiscence bump. *Memory & Cognition*, 35(8), pp. 1928-1939.

Gryzman, A., Prabhakar, J., Anglin, S. M., & Hudson, J. A. (2014). Self-enhancement and the life script in future thinking across the lifespan. *Memory*. doi:10.1080/09658211.2014.927505

Habermas, T. (2012). Identity, emotion, and the social matrix of autobiographical memory: a psychoanalytic narrative view. Em D. Berntsen, & D. C. Rubin, *Understanding autobiographical memory - theories and approaches* (pp. 33-53). Cambridge: Cambridge University Press.

Jansari, A., & Parkin, A. J. (1996). Things that go bump in your life: explaining the reminiscence bump in autobiographical memory. *Psychology and Aging*, 11(1), pp. 85-91.

Janssen, S. M., Chessa, A. G., & Murre, J. M. (2005). The reminiscence bump in autobiographical memory: effects of age, gender, education, and culture. *Memory*, 13(6), pp. 658-668.

Janssen, S. M., Uemiya, A., & Naka, M. (2014). Age and gender effects in the cultural life script of Japanese adults. *Journal of Cognitive Psychology*, 26(3), pp. 307-321.

Kawasaki, Y., Janssen, S. M., & Inque, T. (2011). Temporal distribution of autobiographical memory: uncovering the reminiscence bump in Japanese young and middle-aged adults. *Japanese Psychological Research*, 53(1), pp. 86-96.

Koppel, J., & Berntsen, D. (2014). Rapid communication: Does everything happen when you are young? Introducing the Youth Bias. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 67(3), pp. 417-423.

McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), pp. 100-122.

Ottens, C. L., & Berntsen, D. (2013). The cultural life script of Qatar and across cultures: effects of gender and religion. *Memory*, pp. 1-18.

Rubin, D. C., & Berntsen, D. (2003). Life scripts help to maintain autobiographical memories of highly positive, but not highly negative, events. *Memory & Cognition*, 31(1), pp. 1-14.

Rubin, D. C., Berntsen, D., & Hutson, M. (2009). The normative and the personal life: individual differences in life scripts and life story events among USA and Danish undergraduates. *Memory*, 17(1), pp. 54-68.

Scherman, A. Z. (2013). Cultural life script theory and the reminiscence bump: a reanalysis of seven studies across cultures. *Nordic Psychology*, 65(2), pp. 103-119.

Scherman, A. Z., Salgado, S., Shao, Z., & Berntsen, D. (2014). Event centrality of positive and negative autobiographical memories to identity and life story across cultures. *Memory*. doi:10.1080/09658211.2014.962997

Schuetzler, D., & Boals, A. (2011). The path to posttraumatic growth versus posttraumatic stress disorder: contributions of event centrality and coping. *Journal of Loss and Trauma*, 16, pp. 180-194.

Shum, M. S. (1998). The role of temporal landmarks in autobiographical memory process. *Psychological Bulletin*, 124(3), pp. 423-442.

Thomsen, D. K., & Berntsen, D. (2008). The cultural life script and life story chapters contribute to the reminiscence bump. *Memory*, 16(4), pp. 420-435.

Umanath, S., & Berntsen, D. (2013). Personal life stories: common deviations from the cultural life script. *Nordic Psychology*, 65(2), pp. 87-102.

## **ADESÃO AO TRATAMENTO E PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL EM ADULTOS COM DIABETES**

**Silva, C. M.**, Albuquerque, D. T. & Carvalho, P. S.

Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior

**Objetivos:** O objetivo primordial deste estudo consistiu na análise da relação entre a Adesão ao Tratamento e os níveis de Apoio Social percebido em sujeitos com Diabetes *Mellitus*.

**Metodologia:** Participaram 83 adultos com diagnóstico de Diabetes há pelo menos 6 meses, com uma média de idades de 65 anos, que responderam a um questionário sociodemográfico, à Escala de Atividades de Autocuidados com a Diabetes e à Escala de Apoio Social.

**Resultados:** Os Cuidados com os pés foram a dimensão dos autocuidados com maior adesão, e o Exercício físico a dimensão com pior adesão. Não foram encontradas associações significativas entre o nível de Adesão e o Suporte Social, contudo verificou-se uma relação entre as subescalas Cuidados com os Pés e Monitorização da Glicemia com o Apoio Social Informativo e Instrumental, respetivamente.

**Discussão/Implicações:** Os resultados na escala de adesão revelam que as mudanças nos estilos de vida são uma grande barreira para os doentes com diabetes, principalmente a prática de atividade física e os hábitos alimentares. A correlação encontrada entre os autocuidados e o apoio social informativo e instrumental permite prever que o aumento do suporte social relativo às atividades de autocuidado poderá conduzir a uma melhoria nos níveis de adesão.

# **POSTERS**

## **PREPARAÇÃO PARA A INTERNAÇÃO E CIRURGIA DE PACIENTES INFANTIS: EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES**

Helena Bazanelli Prebianchi (PUC-Campinas)  
e-mail: helenabp@puc-campinas.edu.br

O estudo teve como objetivo, descrever e analisar as vivências dos pais e/ou acompanhantes de pacientes infantis, de um Hospital-Escola, na internação e no período pré-operatório. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, tendo como participantes 20 pais e/ou acompanhantes de crianças submetidas à cirurgias eletivas, entre fevereiro e agosto de 2016. Estes foram entrevistados e os conteúdos obtidos em seus depoimentos, foram processados pelo software IRAMUTEQ e também submetidos à Análise de Conteúdo. Os resultados indicaram que: para a maioria dos participantes, a experiência de internação de seus filhos é cercada de medo e ansiedade por não conseguirem prever o que acontecerá; as informações médicas antes da cirurgia nem sempre são compreendidas; os pais sentem-se despreparados para lidar com as crianças antes e depois da cirurgia e acreditam que o psicólogo poderia intervir nesses aspectos (o quê não ocorre, sistematicamente). Concluiu-se sobre a necessidade da elaboração de protocolos e de programas de treinamento para equipe de saúde na atenção à família do paciente cirúrgico infantil, bem como a importância de investigações com outras faixas etárias e patologias específicas.

Palavras-chaves: Psicoprofilaxia, Cirurgia, Criança, Pais

## VALIDAÇÃO DA ESCALA DE INGESTÃO COMPULSIVA NUMA AMOSTRA DE ADULTOS COM OBESIDADE

Rita Albergaria – WJCR, malbergaria@ispa.pt;

Filipa Pimenta – WJCR, filipapimenta@ispa.pt;

Isabel Leal – WJCR, ileal@ispa.pt;

João Maroco – WJCR, jmaroco@ispa.pt;

Maria Teresa Albergaria – Unidade Saúde Ilha de São Miguel,  
mteresaalbergaria@gmail.com;

Maria José Bicudo – Universidade dos Açores, maria.jg.bicudo@uac.pt

### Resumo

**Objetivo:** A disponibilidade de instrumentos validados é crucial tanto para a prática clínica, como para a investigação. O objectivo deste estudo é contribuir para a validação da Escala de Ingestão Compulsiva (EIC; Gormally et al., 1982). **Método:** No total, 187 adultos (de Portugal continental e de São Miguel, Açores), com obesidade ( $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ ) preencheram a EIC, o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) e um questionário sociodemográfico. Realizou-se a Análise Factorial Confirmatória (AFC) da EIC. Avaliou-se também a sua validade convergente (variância média extraída-VME), a sua fiabilidade ( $\alpha$  de Cronbach) e a validade de critério (correlação EIC-QHCA). **Resultados:** A escala tem bom ajustamento ( $X^2/df=1,49$ ;  $CFI=.973$ ;  $TLI=.967$ ;  $RMSEA=.051$  C.I. 90% ],033; ,068[,  $p=.434$ ). Os pesos factoriais são superiores a .54, e as *multiple squared correlations* são superiores a .29. Os valores de sensibilidade demonstraram-se adequados ( $|ku| < 7$ ;  $|sk| < 3$ ), bem como a fiabilidade ( $\alpha=.94$ ). A variância média extraída é adequada (VME: .51) e a correlação entre a EIC e as subescalas do QHCA são positivas e significativas ( $r>.531$ ;  $p<.001$ ). **Discussão e implicações:** A EIC apresenta boas propriedades psicométricas, sendo um instrumento útil para averiguar comportamentos, emoções e cognições associados à ingestão compulsiva em indivíduos com obesidade.

**Palavras-Chave:** Análise Factorial Confirmatória; Escala de Ingestão Compulsiva; Obesidade; Questionário Holandês do Comportamento Alimentar.

### Resumen

**Objetivo:** La disponibilidad de instrumentos validados es crucial tanto para la práctica clínica y para la investigación. El objetivo de este estudio es el de contribuir a la validación de la Escala para Trastorno por Atracón (ETA, Gormally et al., 1982). **Método:** Un total de 187 adultos (Portugal continental y San Miguel, Azores), con obesidad ( $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ ), se les dio la ETA, lo Cuestionario Holandés de Comportamiento Alimentario (CHCA) y un cuestionario sociodemográfico. Se llevó a cabo el análisis factorial confirmatorio (AFC) del

ETA. También se evaluó su validez convergente (varianza media extraída VME), su fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach) y el criterio de validez (ETA-CHCA correlación). Resultados: La ETA tiene un buen ajuste ( $X^2/df=1,49$ ;  $CFI=.973$ ;  $TLI=.967$ ;  $RMSEA=.051$  C.I. 90% ],033; ,068[,  $p=.434$ ). Los pesos factoriales son mayores que ,54 y las *multiple squared correlations* son mayores que ,29. La sensibilidad y la fiabilidad han demostrado ser adecuadas ( $|ku|<7$ ;  $|sk|<3$ ), ( $\alpha=.94$ ), lo mismo para la VME (VME: ,51), y la correlación entre ETA y el subescalas CHCA son positiva y significativa ( $r>.531$ ;  $p<.001$ ). Discusión e implicaciones: La ETA tiene buenas propiedades psicométricas, es un instrumento útil para evaluar comportamientos, emociones y cogniciones asociadas con la ingesta de alimentos compulsiva en personas obesas.

Palabras-Clave: Análisis Factorial Confirmatorio; Escala para Trastorno por Atracón; Obesidad; Cuestionario Holandés de Comportamiento Alimentario.

## Introdução

O indivíduo, durante um episódio de ingestão compulsiva, experiencia perda de controlo sobre a qualidade e quantidade de alimentos que está a ingerir, até duas horas (APA, 2013; Baldam et al., 2008; Leitão et al., 2013). Este comportamento é, frequentemente, antecedido e seguido por emoções negativas (APA, 2013), sem que se verifiquem comportamentos compensatórios desadequados para prevenir o ganho de peso (APA, 2013; Baldam et al., 2008; Schag et al., 2013). A Escala de Ingestão Compulsiva (EIC) (Gormally et al., 1982), adaptada à população portuguesa (Tapadinhas & Ribeiro, 2012), descreve manifestações comportamentais, sentimentos e cognições associados à ingestão compulsiva, e classifica a gravidade desta compulsão.

## Método

A amostra por conveniência é composta por 187 participantes com obesidade, com média de idades de 42 anos ( $DP=14,362$ ) e de Índice de Massa Corporal de  $36 \text{ kg/m}^2$  ( $DP=4,975$ ). Recorreu-se ao *software* AMOS 22 para proceder à Análise Factorial Confirmatória da EIC. Utilizou-se o método da máxima verosimilhança das covariâncias entre as variáveis manifestas para estimativa do modelo (Maroco, 2014) e os seguintes índices de ajustamento: rácio entre Qui quadrado e graus de liberdade ( $X^2/df$ ), *comparative fit index* (CFI), *Tucker-Lewis index* (TLI) e *root mean square error of approximation* (RMSEA) (Maroco, 2014). Além da análise dos valores de sensibilidade, de fiabilidade, da variância média extraída e da correlação entre a EIC e as subescalas do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA).

## Resultados e Discussão

A EIC apresenta bom ajustamento ( $X^2/df=1,49$ ;  $CFI=.973$ ;  $TLI=.967$ ;  $RMSEA=.051$  C.I. 90% ],033; ,068[,  $p=.434$ ) (Figura 1). Os pesos fatoriais são superiores a ,54 e as *multiple squared correlations* são superiores a ,29. Os

valores de sensibilidade demonstraram-se adequados ( $|ku| < 7$ ;  $|sk| < 3$ ), bem como a fiabilidade ( $\alpha = ,94$ ). A variância média extraída é adequada ( $VME = ,51$ ) e a correlação entre a EIC e as subescalas do QHCA é positiva e significativa ( $r > ,531$ ;  $p < ,001$ ). A EIC apresenta boas propriedades psicométricas, sendo um instrumento útil para averiguar comportamentos, emoções e cognições associados à ingestão compulsiva em indivíduos com obesidade.

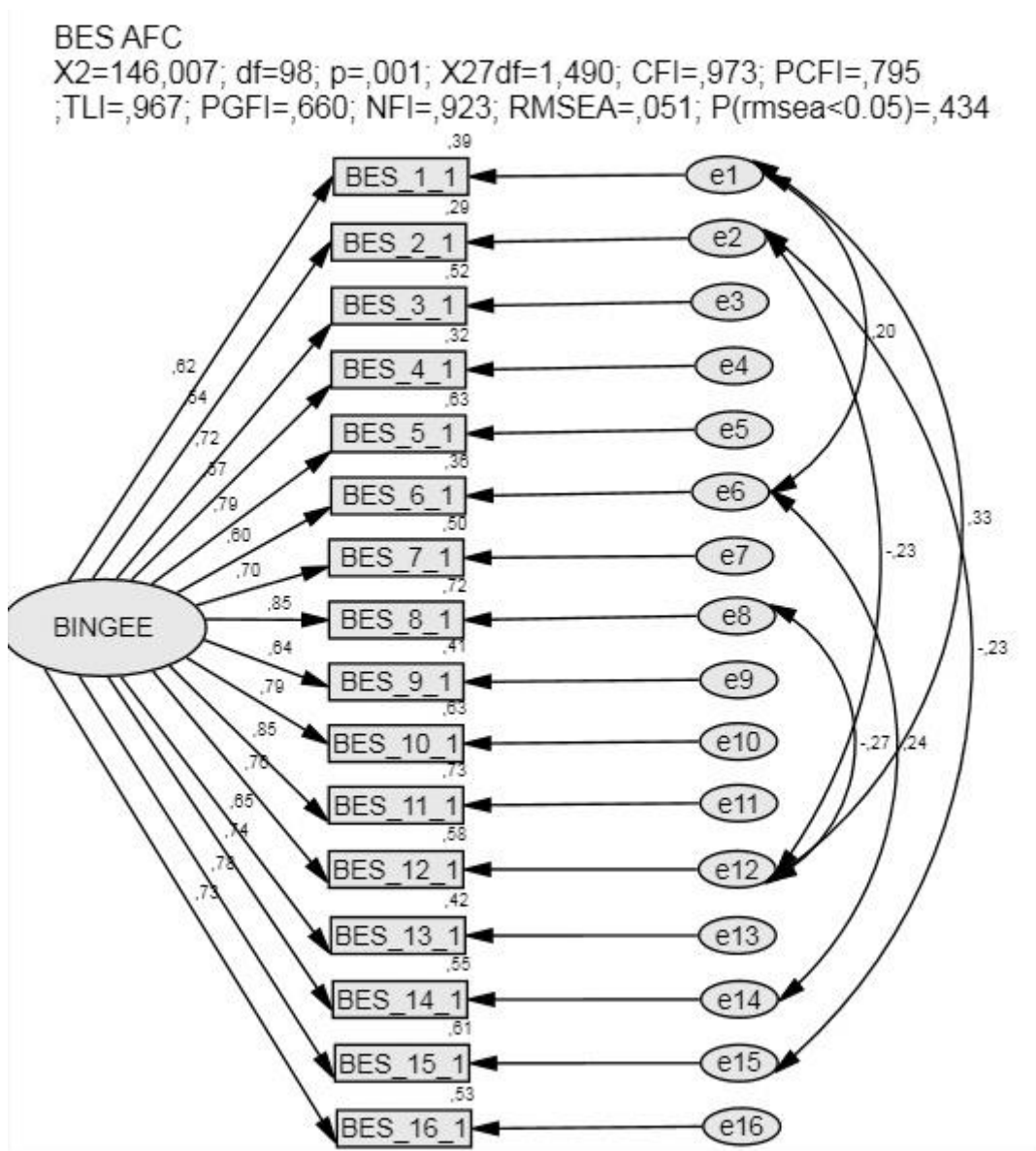


Figura 1 – Análise Factorial Confirmatória da Escala de Ingestão Compulsiva

#### Referências:

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Baldam, E. A. P., Aguiar, S. S., Liberali, R., & Navarro, F. (2008). Tratamento da compulsão alimentar relacionada à obesidade. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 10(2), 362-375.

Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982) The Assessment of Binge Eating Severity Among Obese Persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47-55.

Leitão, M., Pimenta, F., Herédia, T., & Leal, I. (2013). Comportamento alimentar, compulsão alimentar, história de peso e estilo de vida: diferenças entre pessoas com obesidade e com uma perda de peso bem-sucedida. *Alim Nutr. = Braz J Food Nutr.*, 24(4), 393-401.

Maroco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações* (2<sup>nd</sup> ed). Pêro Pinheiro: Report Number.

Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder – a systematic review. *Obes. Rev.*, 14, 477–495.

Tapadinhas, A., & Ribeiro J. (2012). Validação da escala de ingestão compulsiva (BES): um estudo com uma amostra de obesos portugueses. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 1331-6.

## SAS-SV

### Estudo da validação da escala de dependência do smartphone numa amostra da população portuguesa

Joana Água<sup>1</sup>, Ivone Patrão<sup>2</sup>, Isabel Leal<sup>3</sup>

1 ISPA-IU; 2 ISPA-IU, Promoting Human Potential Research Group (ivone\_patrao@ispa.pt); 3 ISPA-IU, William James Research Center

#### Resumo

Os estudos demonstram que a dependência do *smarthphone* está associada a problemas como perda de controlo, impulsividade, negligência das atividades diárias, perturbações do sono, perturbações do humor, ansiedade (Kwon, Kim & Yang, 2013; Haug, et al., 2015). Tendo em conta todas as especificidades do *smartphone* e que mais de metade da população portuguesa é utilizadora deste dispositivo (Marktest, 2016), é importante avaliar a sua utilização. Este estudo tem como principal objetivo traduzir e validar a escala SAS-SV para a população Portuguesa. A escala Smartphone Addiction Scale-Short Version (SAS-SV; Kwon, Kim, Cho & Yang, 2013) é constituída por 10 itens e é unidimensional. O score máximo é de 60 pontos, sendo que o valor de Cut-off varia consoante o género, i.e., 31 pontos para o sexo feminino e 33 pontos para o sexo masculino. Este estudo teve 484 participantes, dos quais 81,5% são do sexo feminino. As idades da amostra variavam entre 12 anos e 82 anos ( $\bar{x}=32.7$  anos  $\sigma=11.77$  anos). Na AFC foi possível confirmar a estrutura da escala original e foram obtidos bons valores de consistência interna ( $\alpha=0.86$ ) na análise de fiabilidade.

**Palavras-Chave:** Dependência, Smartphone, Validação

#### Resumen

Los estudios muestran que la dependencia del *smarthphone* se asocia con problemas tales como la pérdida de control, impulsividad, el abandono de las actividades diarias, trastornos del sueño, trastornos del estado de ánimo, ansiedad (Kwon, Kim y Yang, 2013; Haug et al, 2015). Teniendo en cuenta todos los detalles del *smartphone* y más de la mitad de la población portuguesa es un usuario de este dispositivo (Markteste, 2016), es importante para evaluar su uso. Este estudio tiene como objetivo traducir y validar la escala SAS-SV para la población portuguesa. La escala Smartphone Escala de Adicción-versión corta (SAS-SV; Kwon, Kim, Cho y Yang, 2013) consta de 10 itens y es unidimensional. La puntuación máxima es de 60 puntos, y el valor de Cut-off varía dependiendo del género, es decir, 31 puntos para las hembras y 33 puntos para los machos. Este estudio tuvo 484 participantes, de los cuales el 81,5% son mujeres. Las edades de la muestra osciló entre 12 años y 82 años ( $\bar{x} = 32.7$  años  $\sigma = 11.77$  años). El AFC fue posible confirmar la estructura de la escala original se obtuvieron y buena consistencia interna análisis ( $\alpha = 0,86$ ) la fiabilidad.

**Palabras-clave:** Adicción, Smartphone, Validación

## Introdução

Um dos dispositivos mais utilizados no mundo para aceder à internet é o *Smartphone* (Patrão & Sampaio, 2016). A partir deste, faz-se muito mais do que realizar e receber chamadas (Anshari, et al., 2016). É possível utilizar várias ferramentas que incluem não só as ferramentas de um telefone como também de um computador, de uma câmara fotográfica, de um rádio, de um GPS, da televisão, permite pagar contas ou fazer transferências bancárias (Anshari, et al., 2016), aceder a redes sociais ou ao correio eletrónico, estar a par das notícias ao minuto, jogar vários jogos quer sejam online ou offline, fazer apostas, entre outras possibilidades. Todavia, as aplicações mais utilizadas são as aplicações de jogos e as aplicações de redes sociais (Karadag et al., 2015).

O acesso à internet através do *smartphone* permite, por isso, uma maior flexibilidade uma vez que se pode usar e transportar para qualquer lado (Anshari, et al., 2016), dando aos utilizadores mais liberdade e privacidade para socializar e aceder a todo o tipo de conteúdos (Mascheroni & Ólafsson, 2014). No entanto, o *smartphone*, apesar de ser um dispositivo que revolucionou, melhorou e facilitou muitos aspetos, veio também influenciar de forma negativa a adição à internet e catapultar esta adição para outro nível (Karadag et al., 2015). Visto que, a partir deste dispositivo é possível estar online 24 horas por dia, seja através de *Browsers* ou de aplicações.

Conforme o *smartphone* vai ficando mais popular e vai sendo aceite por todas as faixas etárias (Anshari, et al., 2016), também as preocupações em relação ao seu uso excessivo têm aumentado (Kim et al., 2016), uma vez que, este dispositivo também trouxe alguns malefícios para o bem-estar psicológico, para as relações interpessoais e ainda para a saúde física. Destes malefícios têm sido destacados perturbações musculo-esqueléticas nas mãos, pulsos e pescoço (Jonson, Johnson, Hadberg, & Forsman, 2011; Kwon et al., 2013), sintomas oculares (Kwon et al., 2013), agressividade e problemas de sono, bem como um elevado risco para o desenvolvimento de psicopatologias (e.g., défice de atenção; perturbações do sono; perturbações do humor), e problemas de desinibição *online* (Akin, Altundag, Turan & Akin, 2014; Davey & Davey, 2014; Haug, et al., 2015; Kim et al., 2016). Por outro lado, o *smartphone* poderá ainda ser utilizado como uma forma de gerir a solidão e a ansiedade, com isto queremos dizer, que, tal como o UPI nem sempre a utilização excessiva do *smartphone* é o principal problema. Ou seja, o problema pode já existir e o UPI ou o uso problemático do *smartphone* ser apenas um dos sintomas desta perturbação (Karadag et al., 2015; Reis et al., 2016).

Efetivamente é importante ter em conta que os hábitos criados pelo utilizador do *smartphone* são determinantes para as consequências resultantes do mesmo. Se o utilizador criar maus hábitos poderão existir consequências negativas para este, como por exemplo a dependência ou problemas de saúde (Anshari, et al., 2016). No entanto, se for feito um uso saudável deste dispositivo, poderá tirar partido das suas características para ser mais produtivo e eficaz no trabalho e no dia-a-dia. O *smartphone* melhorou a vida das pessoas na sociedade moderna, pode-se contar com este tanto para as tarefas mais básicas, como para as tarefas mais específicas (Anshari, et al., 2016), contudo há que ter

em conta as consequências do seu uso excessivo que, em muitos aspetos, são idênticas às do uso excessivo da Internet.

A adição ao *smartphone* pode ser considerada uma forma de adição tecnológica, definida como uma dependência que envolve interações humano-máquina (Griffiths, 1996). Para Lin e os seus colaboradores (2015), a adição ao *smartphone* é muito idêntica à adição à internet e estas, por sua vez, têm em comum alguns sintomas com dependências de substâncias (Kwon et al., 2013). Posto isto, torna-se importante referir alguns destes sintomas: Perturbações da vida diária, o dependente pode começar a faltar ao trabalho ou à escola, pode ter problemas em concentrar-se em tarefas, deixar de fazer trabalhos/tarefas importantes que já estavam planeadas (Kwon et al., 2013); Antecipação positiva, o sujeito com uso excessivo do *smartphone* fica entusiasmado por ir utilizar o seu *smartphone* e sente um sentimento de vazio quando está sem ele, sendo que este é como se fosse um amigo que o ajuda a libertar-se do stress e faz com que se sinta seguro (Kwon et al., 2013); Abstinência, mostra-se impaciente e assustado sem o seu *smartphone* (intolerância), fica irritado quando o incomodam durante a utilização deste dispositivo, têm sempre o *smartphone* em mente mesmo quando não o estão a utilizar (Kwon et al., 2013); Uso exagerado, uso incontrollável do *smartphone*, tem sempre o carregador pronto caso a bateria acabe e sente necessidade de verificar o seu *smartphone* mesmo quando acaba de o utilizar (Kwon et al., 2013); Por último, tolerância, o utilizador que faz um uso excessivo deste dispositivo tenta controlar o uso do *smartphone* mas não consegue.

Na sociedade atual, é necessário aceder a informação, comunicar e interagir com os outros de forma rápida, acabando por não se perceber o que se passa com as restantes pessoas e quais as suas necessidades, deixando também de ter perceção do tempo (Karadag et al., 2015). De facto, é possível observar isto em várias situações do quotidiano, nos transportes públicos, em que se ouve música, a joga-se jogos online, a faz-se apostas, a vê-se séries e a consulta-se todas as aplicações de redes sociais ou jornais para se estar a par da atualidade; na rua em que não se repara no sítio por onde se anda, nem sequer a atravessar a estrada (Kwon et al., 2013), e mesmo em casa, muitas vezes comunica-se através de aplicações de *smartphone* em vez de comunicarem entre si (Patrão & Hubert, 2016) ou prefere-se dormir com o seu *smartphone* ao invés do parceiro (Kwon et al., 2013; Roberts & David, 2016).

Porém, isto não é observado só no mundo dos adultos. A velocidade e intensidade com que os dispositivos móveis, como o *smartphone*, têm invadido o quotidiano das crianças contribui para um grande desafio tanto no seu desenvolvimento como também na sua segurança (Sozio et al., 2015). Vários estudos têm revelado que quanto maior for o número de dispositivos através dos quais as crianças poderão aceder à internet, maior será a sua atividade online, sendo esta quase contínua (Licoppe, 2004). Segundo o inquérito europeu *Net Children Go Mobile* (Simões, Ponte, Ferreira, Doretto & Azevedo, 2014), 85% dos jovens portugueses, é utilizador do *smartphone* e afirmam sentir-se mais próximos dos seus amigos por causa deste dispositivo. Para muitos jovens, estar *online* é estar em contacto com o grupo de pares, o que permite uma maior

integração social e também uma maior desinibição na relação com os outros (Cruz, 2011). É através deste dispositivo que as novas gerações estabelecem as interações com os seus amigos e constroem o seu grupo de pares (Ponte, 2016). Assim sendo, é importante referir que os internautas portugueses com mais de 15 anos, lideram o uso das redes sociais digitais no contexto europeu, i.e, em 2014, 70% dos jovens era utilizador dessas redes, enquanto que em 28 países europeus apenas 57% desta população é utilizadora destas redes (Ponte, 2016).

Posto isto, é fundamental perceber de que forma é que a população portuguesa está a ser afetada pela adição ao *smartphone*. Desta forma, este estudo teve como objetivo validar uma escala que permita avaliar o nível de adição ao *smartphone* na população portuguesa.

## Método

### Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 484 participantes (N=484), dos quais 85.1% são do sexo feminino. A média das idades desta amostra foi de 32.7 anos, (DP=11.8 anos). Para os inquiridos desta amostra o dispositivo preferido para acederem à internet é o smartphone, sendo que 64% dos participantes escolheu o smartphone como sendo o seu dispositivo preferencial. De seguida o mais escolhido foi o computador portátil (24.6%), seguido do desktop (7.2%), e por último o tablet e outros dispositivos (4.2%). É ainda de referir que 98.1% desta amostra afirma ter um perfil numa rede social, sendo que a rede social preferida destes é o *Facebook* (98%) seguido do *Instagram* (37%), do *Snapchat* (32%) e do *Twitter* (17%). É de acrescentar que 7% da amostra diz ter perfil noutras redes sociais como *Linkedin*, *Google +*, *Youtube*, entre outras.

### Instrumentos

Questionário Sócio-Demográfico (Água & Patrão, 2017)

Este questionário é composto por perguntas sobre o seu género, idade, estado relacional.

Questionário de Comportamentos Online (Água & Patrão, 2017)

Tendo em conta o objetivo deste estudo, foi importante caracterizar a amostra em relação aos comportamentos *online*. Assim, construímos um questionário para percebermos qual o dispositivo que a pessoa prefere para aceder à internet; se têm ou não perfis em redes sociais e se sim em quais; quais os conteúdos a que mais acedem, quanto tempo, em média, estão *online* por dia tanto no smartphone como em outros dispositivos; quanto tempo por dia é que utilizam o seu smartphone; quais as aplicações a que acedem mais, entre outros aspetos.

SAS-SV: Smartphone Addiction Scale – Short Version, (Kwon, Kim, Cho & Yang, 2013) – Anexo 1

A escala foi criada a partir da escala *Smartphone Addiction Scale* (SAS – Kwon et al., 2013). A escala inicial era constituída por 33 itens mas para a SAS foram selecionados apenas 10 itens. Esta é uma escala de auto-resposta e é respondida a partir de uma escala de tipo *likert* de 6 pontos que variam de 1: "Discordo fortemente e 6: "Concordo Fortemente". Na validação da escala original, a SAS-SV apresentou bons valores de consistência interna ( $\alpha=0.91$ ) (Kwon, Kim, Cho & Yang, 2013), e revelou também que o valor de score a partir do qual se considera uma pessoa dependente do smartphone varia consoante o género. Sendo o valor de *cut-off* de 31 para o género masculino e 33 para o género feminino. Inicialmente a SAS-SV foi feita para ser aplicada a adolescentes, mas como é uma escala de fácil aplicação por ser curta, foi adaptada a outros países e idiomas por outros autores e em populações mais velhas (Akin, Altundag, Turan, Akin, 2014; Fernandez, 2015; Haugh et al., 2015) decidimos validá-la e adaptá-la à população portuguesa em geral, i.e., sem limitar a nenhuma faixa etária específica.

Internet Addiction test (Young, 1998; Pontes, Patrão & Griffiths, 2014)

O IAT é uma escala de auto-resposta constituída por 20 itens, sendo respondida a partir de uma escala de *Likert* de seis pontos (0-Não se aplica; 1-Raramente; 2-Ocasionalmente; 3-Muitas vezes; 4-Frequentemente; 5-Sempre). Para se obter um *score* final, o investigador que usa o IAT tem de somar os *scores* obtidos para cada resposta. Depois, terá de verificar em que intervalo é que se situa cada participante, sendo que quanto maior o *score* obtido, maior o nível de adição. Assim, entre 0-30 pontos – Normal; 31-49 pontos - Médio; 50-79 pontos - Moderado; e 80-100 pontos - Severo (Young, 2011).

O IAT foi adaptado para a população portuguesa e apresenta um modelo uni-fatorial, sendo a adição à *internet* uma variável endógena, i.e., não depende de fatores externos mas sim do sujeito. Na tradução portuguesa a consistência interna foi  $\alpha = 0.9$ .

### *Procedimento*

Em primeiro lugar, realizou-se uma pesquisa exaustiva de todas as escalas existentes que avaliam a dependência ao *smartphone*. Durante esta pesquisa foram encontradas não só escalas como também aplicações de *smartphone* (e.g. APP: mobile application – Lin et al., 2015) que também são utilizadas para avaliar o nível de utilização deste dispositivo, contudo, não nos pareceram viáveis para este estudo. Em relação às escalas encontradas a que pareceu mais adequada a este estudo foi a SAS-SV, por ser uma escala curta e de fácil aplicação, por já ter sido validada a vários países e populações e por ter bons valores de validade fatorial e consistência interna nesses mesmos estudos (Akin, Altundag, Turan, & Akin, 2014; Fernandez, 2015; Haugh et al., 2015). Outro aspeto positivo e relevante desta escala, é o facto de ter valores de *cut-off*, que neste caso para além de permitirem um diagnóstico, permite também diferenciar entre géneros (Kwon, Kim, Cho & Yang, 2013).

Inicialmente, a escala SAS-SV foi traduzida de inglês para português. Foram feitas duas versões por uma estudante de psicologia e por uma especialista em Dependências *online*. Depois foi feita uma discussão em que se chegou a um acordo final sobre a escala. Mais tarde, a escala foi ainda retraduzida de inglês para português por uma psicóloga bilingue comprovando-se o sentido e significado das frases. Não houve uma mudança da definição conceptual dos itens do questionário, uma vez que foram feitas duas versões diferentes do questionário e foi feita uma tradução final. Mais tarde, foi ainda realizada uma tradução da versão final portuguesa para inglês para confirmar se a correspondência entre ambas as versões (original e traduzida) era satisfatória em termos de conteúdos e em termos semânticos. Desta forma, houve uma equivalência tanto conceptual como semântica dos itens, e por isso, os itens da versão portuguesa podem ser considerados equivalentes aos da escala original.

Depois de escolhida a escala, começámos por pedir autorização aos autores para prosseguir com a validação. Depois de conseguida a autorização, foi construído um questionário *online*, a partir dos formulários *Google*, onde constavam perguntas sócio-demográficas, perguntas sobre os comportamentos *online* da população e ainda o questionário IAT para podermos testar a validade concorrente da escala SAS-SV. Mais tarde, esse questionário foi colocado num grupo de conhecidos do *facebook*. A partir daí o questionário

foi sendo divulgado por outras pessoas. Posto isto, o método de amostragem utilizado para recolher a amostra deste estudo foi a Amostragem de Propagação Geométrica (*Snowball*), por outras palavras, foi selecionado um grupo de interesse, neste caso utilizadores de internet, que por sua vez foi recomendando a outros o nosso questionário, fazendo com que aumentasse a dimensão da amostra geometricamente (Marôco, 2010). Aquando atingido o nosso objetivo de respostas, a escala foi testada e trabalhada através do programa *IBM SPSS – IBM Analytcs*.

## Resultados

Dado o bom suporte teórico existente em relação à estrutura da escala SAS-SV (Akin, Altundag, Turan, Akin, 2014; Fernandez, 2015; Haug et al., 2015; Kwon, Kim, Cho & Yang, 2013), sendo esta unidimensional. Em primeiro lugar, foi testada a sensibilidade dos itens para perceber se têm a capacidade de discriminar indivíduos estruturalmente diferentes. Para isto, foram analisadas as medidas de forma: assimetria (Sk) e curtose (Ku) e verificou-se que todos os valores estavam abaixo de 3 e 7 respetivamente, o que revela uma boa sensibilidade dos itens. Mais tarde, realizou-se uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) para se confirmar a validade fatorial da escala, nesta análise obtiveram-se os valores:  $\chi^2/df=3,291$ , RMSEA= 0,069, NFI= 0,938, CFI= 0,956; GFI=0,956. Desta forma, conclui-se que a escala tem uma boa validade fatorial e que se confirma a sua estrutura unidimensional, é possível observar o modelo construído na figura 1.

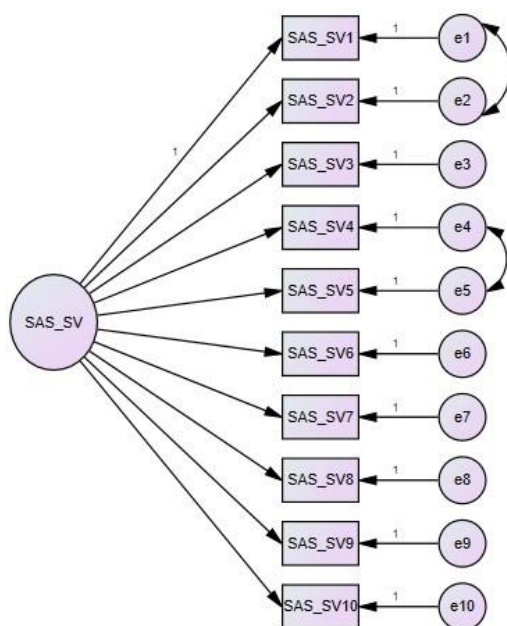


Fig. 1: Modelo da AFC da escala SAS-SV

Em relação à análise da fiabilidade, para perceber se a SAS-SV tem a capacidade para medir de forma repetida e consistente o que é suposto, obteve-se um alfa de Cronbach  $\alpha=0.86$ , assim, a SAS-SV tem uma boa consistência interna.

No que diz respeito à Validade Concorrente da escala SAS-SV com o IAT a partir do *teste de pearson* conclui-se que estas escalas têm uma correlação significativamente positiva ( $r=0.587$ ,  $p<0.001$ ).

É importante referir que 14.3% da amostra revelou ter dependência ao *smartphone*. Através da análise do IAT, 26.1% da amostra reportou fazer uma utilização normal da internet, 49.3% uma utilização média, 21.7% uma utilização moderada e 2.9% uma utilização severa. Apesar de apenas 14.3% da amostra apresentar valores de dependência de *smartphone*, 5.78% da amostra, apresentou valores muito próximos dos valores de corte.

## Discussão

Este estudo teve como objetivo validar uma escala de dependência de *smartphone* de forma a obter dados deste fenómeno. Devido ao aumento da compra e utilização do *smartphone*, do seu uso excessivo e do desenvolvimento de uma dependência ao mesmo, este fenómeno tornou-se um problema a nível mundial (Lin et al., 2016). Várias foram as escalas desenvolvidas para avaliar esta dependência (Davey & Davey, 2014; Kwon et al., 2013; Lin et al., 2015), contudo, a escala SAS-SV era a mais adequada a este estudo, dada a existência de validações para outros países (Akin, Altundag, Turan, & Akin, 2014; Fernandez, 2015; Haugh, et al., 2015), dada a sua dimensão e ainda a existência de valores de corte consoante o género (Kwon, Kim, Cho & Yang, 2013).

A partir dos resultados deste estudo, pode-se concluir que a escala SAS-SV pode ser usada na população portuguesa em geral (i.e. adolescentes e adultos). Assim, esta escala permite o rastreio da dependência do *smartphone* tanto em contexto geral, em contexto clínico, como também em contexto educacional (Kwon, Kim, Cho & Yang, 2013).

No que diz respeito às limitações deste estudo, há que ter em conta a constituição da amostra e a recolha da mesma, i.e., a maioria da amostra é do sexo feminino e foi recolhida a partir de redes sociais.

Para concluir, dada a emergência e atualidade deste tema, seria importante realizar mais estudos nesta área e utilizar esta escala em contextos e populações clínicas (Kwon, Kim, Cho & Yang, 2013).

## Referências

- Anshari, M., Alas, Y., Hardaker, J., Jaidin, M., Smith, A. (2016). Smartphone habit and behavior in Brunei: Personalization, gender and generation gap. *Computers in human behavior*, 64, 719-727. Doi:10.1016/j.chb.2016.07.063.
- Akin, A., Altundag, Y., Turan, M., & Akin, U. (2014). The validity and reliability of the turkish version of the smart phone addiction scale-short form for

- adolescente. *Social and Behavioral Sciences*, 152, 74-77. Doi: 10.1016/j.sbspro.2014.09.157.
- Cruz, A. (2011). *O Cyberbullying no contexto português*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de ciências sociais e humanas, Lisboa.
- Davey, S. & Davey, A. (2014). Assessment of smartphone addiction in indian adolescents: a mixed method study by sistematic-review and meta-analysis approach. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(12).
- Fernandez, O. (2015). Short version of the smartphone addiction scale adapted to spanish and french: towards a cross-cultural research in problematic mobile phone use. *Additive Behaviors*. Doi: 10.1016/j.addbeh.2015.11.013.
- Griffiths, M.D. (1996). Internet addiction: An issue for clinical psychology? *Clinical Psychology Forum*, 97, 32-36.
- Haug, S., Castro, R., Kwon, M., Filler, A., Kowatsch, T., & Schaub, M. (2015). Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(4), 299-307. Doi: 10.1556/2006.4.2015.037.
- Jonson, P., Johnson, P., Hadberg, M. & Forsman, M. (2011). Thumb joint movement and muscular activity during mobile phone texting. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 21, 363-370. Doi: 10.1016/j.jelekin.2010.10.007.
- Karadag et al. (2015). Determinantes of phubbing, which is the sum of many virtual addictions: A structural equation model. *Journal of behavioral addictions*, 4(2), 90-74. Doi:10.1556/2006.4.2015.005.
- Kim et al. (2016). Personality factors predicting smartphone addiction predisposition: Behavioral inhibition and activation systems, impulsivity, and self-control. *Plos one*, 11(8). Doi:10.1371/journal.pone.0159788.
- Kwon, M., Kim, D.J., Cho, H., Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. *Plos one*, 8(12). Doi:10.1371/journal.pone.0083558.
- Kwon, M. et al. (2013) Development and Validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS). *Plos one*, 8(2). Doi: 10.1371/journal.pone.0056936.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2011). Online social networking and addiction: a review of the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(9), 3528-3552. Doi: 10.3390/ijerph8093528.
- Licoppe, C. (2004). 'Connected' presence: The emergence of a new repertoire for managing social relationships in a changing communication technoscape. *Environment and planning D: society and space*, 22(1), 135-156. DOI:10.1068/d323t.
- Lin et al. (2015). Time distortion associated with smartphone addiction: Identifying smartphone addiction via mobile application (App). *Journal of Psychiatric*. 65, 139-145. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.04.003.
- Lin et al. (2016). Proposed diagnostic criteria for smartphone addiction. *Plos one*, (11). Doi:10.1371/journal.pone.0163010.
- Marktest. (2016). *Smartphone continua a crescer em Portugal*. Disponível em: <http://www.marktest.com/wap/a/n/id~2046.aspx>
- Mascheroni, G., & Ólafsson, K., (2014). *Net children go mobile: cross-national comparisons*. Milano: Educatt. Disponível em

- [http://netchildrengomobile.eu/ncgm/wpcontent/uploads/2013/07/NCGM\\_D3.3\\_Crossnational\\_report.pdf](http://netchildrengomobile.eu/ncgm/wpcontent/uploads/2013/07/NCGM_D3.3_Crossnational_report.pdf) (consultado em 19 de Abril de 2017).
- Marôco, J. (2010). Variáveis, populações e amostras. In J. Marôco, *Análise estatística com o pasw statistics* (pp.21-29). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Patrão, I & Hubert, P. (2016). Os comportamentos e as preferências online dos jovens portugueses: o jogo online e as redes sociais. In I. Patrão & D. Sampaio, *Dependências Online: O poder das tecnologias* (pp.97-116). Lisboa: Pactor.
- Patrão, I. & Sampaio, D. (2016). Introdução. In I. Patrão & D. Sampaio, *Dependências Online: O poder das tecnologias* (pp.XXIII-XXV). Lisboa: Pactor.
- Ponte, C. (2016). Um desafio dos tempos modernos: A internet e as novas gerações. In I. Patrão & D. Sampaio, *Dependências Online: O poder das tecnologias* (pp.1-19). Lisboa: Pactor.
- Pontes, H., Patrão, I., Griffiths, M. (2014). Portuguese validation of the internet addiction test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107-114. Doi:10.1556/JBA.3.2014.2.4.
- Reis et al. (2016). As dependências online: controvérsias e perfis. In I. Patrão & D. Sampaio, *Dependências Online: O poder das tecnologias* (pp.151-167). Lisboa: Pactor.
- Roberts, J. & David, M. (2016). My life becomes a major distraction from my cell phone: Partner phubbing and relationship satisfaction among romantic partners. *Computers in human behavior*, 54, 134-141. Doi:10.1016/j.chb.2015.07.058.
- Simões, J., Ponte, C., Ferreira, E., Doretto, J., & Azevedo, C. (2014). *Crianças e meios digitais móveis em Portugal: resultados nacionais do projeto Net Children Go Mobile*. Lisboa: CESNOVA, FCSH/NOVA. Disponível em: [https://netchildrengomobile.files.wordpress.com/2015/02/ncgm\\_pt\\_relatorio1.pdf](https://netchildrengomobile.files.wordpress.com/2015/02/ncgm_pt_relatorio1.pdf) (consultado em 19 de Abril de 2017).
- Sozio et al. (2015). Children and Internet use: A comparative analysis of Brazil and seven European countries. *Eukidsonline*. Disponível em: <http://netchildrengomobile.eu/ncgm/wpcontent/uploads/2013/07/FullReportBrazilNCGM.pdf> (consultado em 19 de Abril de 2017).
- Young, K. S. (1998). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: Wiley.
- Young, K. (2011). Clinical assessment of internet-addicted clientes. In K.Young & C. Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment*. (pp. 19-34). New Jersey: John Wiley & Sons.

**Anexo 1: Escala SAS-SV versão portuguesa**

<b>Itens</b>	<b>Discorda fortemente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Discorda em parte</b>	<b>Concorda em parte</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda Fortemente</b>
Não acaba trabalhos planeados devido ao uso do smartphone.	1	2	3	4	5	6
Tem dificuldade em concentrar-se na aula, durante tarefas, ou durante o horário de trabalho devido ao uso do smartphone.	1	2	3	4	5	6
Sente dor nos pulsos ou na nuca devido ao uso do smartphone.	1	2	3	4	5	6
Não é capaz de fazer algo sem o smartphone.	1	2	3	4	5	6
Sente-se impaciente e preocupado(a) quando não tem o seu smartphone.	1	2	3	4	5	6
Tem o smartphone em mente mesmo quando não está a usá-lo.	1	2	3	4	5	6
Nunca vai deixar de usar o seu smartphone mesmo sabendo que a sua vida diária está afetada por isso.	1	2	3	4	5	6
Olha para o smartphone constantemente para ter a certeza que não perde conversas entre outras pessoas no Twitter, no Facebook, (ou outra rede social).	1	2	3	4	5	6
Usa o seu smartphone durante mais tempo do que planeou.	1	2	3	4	5	6
As pessoas à sua volta dizem-lhe que usa demasiado o meu smartphone.	1	2	3	4	5	6



## ESTUDO EXPLORATÓRIO DA PROVA DESENHO DE SI E OUTROS REPRESENTATIVOS

Isabel Castelo

Alexandra Dias

Serviço de Psicologia, Santa Casa da Misericórdia de Sintra

### RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar a potencialidade projetiva de uma prova de desenho criada com vista ao conhecimento da forma como são representados os objetos de relação da criança em idade pré-escolar, investidos com afetos positivos.

A metodologia passa pela recolha de 400 desenhos realizados por crianças de quatro e cinco anos pertencentes à população normal. A consigne da tarefa consiste num pedido para que a criança se desenhe, acompanhada das pessoas “de quem gosta”.

O tratamento dos dados é feito através de uma análise de conteúdo de tipo categorial. Com vista ao aperfeiçoamento e à futura construção do instrumento, esta análise é exploratória, de tipo qualitativo, procurando identificar-se e definir-se, de forma objetiva, todas as categorias emergentes nos desenhos da amostra.

Os resultados irão contribuir para uma reflexão sobre o posicionamento dos objetos externos e internos, nesta fase do desenvolvimento infantil.

Evoluindo da teoria das relações objetais para as atuais formulações da psicologia relacional, procura aprofundar-se através desta prova, o conhecimento dos objetos de relação e a forma como são internalizados a partir do investimento afetivo feito pela criança nos objetos externos, presentes no mundo real.

**Palavras-chave:** desenho infantil; instrumentos de avaliação psicológica; objetos internos; psicologia relacional

### RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo analizar el potencial proyectivo de una prueba basada en el dibujo, creada con el fin de comprender cómo se representan los objetos de relación de los niños en edad preescolar, revestidos de afectividad positiva.

La metodología implica la recolección de 400 dibujos realizados por niños de cuatro y cinco años pertenecientes a la población normal. La tarea consiste en pedir al niño que se dibuje a sí mismo acompañado por las personas “más importantes para él”.

Se ha llevado a cabo un análisis de contenido de tipo categórico. Con el objetivo de perfeccionar la prueba y de una futura construcción del instrumento, este análisis es de tipo exploratorio, cualitativo, buscando identificar y definir, de manera objetiva, todas las categorías emergentes en los dibujos de la muestra.

Los resultados contribuirán a una reflexión sobre la posición de los objetos externos e internos, en esta etapa del desarrollo del niño.

A partir de la teoría de las relaciones de objeto hasta las formulaciones actuales de la psicología relacional, a través de esta prueba pretendemos profundizar el conocimiento de los objetos de relación y cómo estos se interiorizan a partir del significado afectivo que el niño atribuye a objetos externos presentes en el mundo real.

Palabras clave: dibujo infantil; instrumentos de evaluación psicológica; objetos internos; psicología relacional

## INTRODUÇÃO

O estudo das relações interpessoais precoces e da sua contribuição para a estruturação intrapsíquica da criança pequena, tem sido alvo do interesse de inúmeros autores que olham para esta fase da infância como sendo a base da posterior estruturação harmoniosa da personalidade.

Os trabalhos de Mary Ainsworth chamaram a atenção para a importância da **relação com o Outro** na construção do mundo interno e na forma como se definem as relações ao longo da vida. Neste sentido, Bowlby na sua perspetiva teórica sobre a vinculação ou **attachment**, descrevia a tendência que os seres humanos têm para criar fortes laços afetivos com determinadas pessoas, presentes no seu território relacional. Considerava o autor que "(...) essencial à saúde mental é que o bebé e a criança pequena tenham a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe (...) na qual ambos encontrem satisfação e prazer" (Bowlby, 1981, p. 13).

Também Winnicott trabalhou na teoria das relações objetais, sendo ainda considerado por certas correntes da psicanálise como um ambientalista, já que estudou essencialmente a influência preponderante do meio ambiente para um desenvolvimento emocional saudável (Castelo, 2001).

Segundo Sandler e Sandler (1978) uma **relação de objeto** é definida como a catexia do objeto com energia libidinal ou agressiva. Estas relações começam com uma interação e experiência afetiva (gratificante ou desagradável) entre a criança e os seus objetos biológicos, nos primeiros tempos de vida. A relação objetal é uma relação intrapsíquica formada por representações mentais e formando uma parte intrínseca dos desejos e fantasias. Em 1915, Freud (Badaracco, 1986; Diatkine, 1978) considerou que um **objeto** é aquilo através do qual as pulsões atingem o seu objetivo: a outra pessoa torna-se um objeto, quando é catexizada (investida libidinalmente), permitindo um novo equilíbrio económico face aos impulsos pulsionais (Klein, in Diatkine, 1978). O *objeto bom* será aquele que acarreta, pela sua função estruturante, as condições para que uma experiência frustrante seja tolerável e uma experiência de satisfação possa ter um término. O *mau objeto* é o que não pode fornecer esses elementos indispensáveis e se comporta como um amplificador de frustrações e ódios primitivos (Freud, 1895, in Badaracco, 1986).

Estas experiências e figuras são guardadas no mundo interno do sujeito, por diferentes processos. A **introjeção** é o processo mais primitivo de internalização, muito dependente de componentes afetivos; neste sentido, Kernberg (1993) reforça que as introjeções que ocorreram debaixo de uma

valência positiva de gratificação do impulso libidinal, como no caso do contacto amoroso entre mãe e bebé, são organizadas internamente como o bom objeto interno. A **identificação** é uma forma mais evoluída de introjeção, quando as competências cognitivas e percetiva da criança já permitem que conheça os papéis das relações interpessoais. O componente afetivo da identificação tem um carácter mais elaborado que o da introjeção (Kernberg, 1993).

O nosso interesse pelo estudo das relações objetais conduziu a uma questão, que aqui se pretende operacionalizar e que procura perceber quem são os objetos, internos ou externos, descritos pela criança como sendo alvo da projeção do seu investimento afetivo, das pulsões libidinais ou, mais simplesmente, do seu *amor*.

Pensámos fazer simplesmente esta pergunta à criança, deixando que respondesse na sua linguagem privilegiada, através da qual se expressa em liberdade e infinitude - o *desenho*. É sabido que na idade pré-latente, a criança revela no desenho a preocupação em representar o modelo interno do objeto e dar significado à realidade externa (Luquet, 1979). A expressão através do desenho é mais fácil que o uso das palavras e, como refere Goldberg (1999, cit. por Goldberg et al., 2005), permite que a criança coloque neles, muitos dos seus medos, vontades e representações.

## OBJETIVO

Este estudo tem como **objetivo principal**, analisar a potencialidade projetiva de uma prova de desenho criada com vista ao conhecimento da forma como são representados os objetos de relação da criança pré-latente, investidos com afetos positivos.

Após proposta de uma consigne que viabilize a representação de figuras presentes no mundo externo da criança, investidas libidinalmente, irão analisar-se, de forma exploratória, todos os conteúdos representados por uma amostra de crianças de quatro e cinco anos.

Com vista a **uma futura construção de normas interpretativas** para a compreensão das respostas à prova de desenho, irá começar-se por analisar de forma qualitativa todos os itens de significado presentes nos desenhos após a indicação da tarefa.

Ainda, no presente trabalho, após a análise descritiva dos itens emergentes, iremos apresentar o estudo comparativo das respostas dadas pelas crianças do género masculino e feminino.

## MÉTODO

### *Sujeitos*

Foram recolhidos cerca de 400 desenhos realizados por crianças de quatro e cinco anos, utentes da valência de pré-escolar do Departamento de Infância da Santa Casa da Misericórdia de Sintra, entre os anos letivos 2006/07 e 2016/17. Uma observação preliminar do conteúdo dos desenhos possibilitou a identificação dos padrões de resposta emergentes, conduzindo à construção de uma grelha de análise composta por diversas categorias de significado.

Após proceder-se à construção da grelha e definição das suas categorias e subcategorias, selecionou-se uma parte dos desenhos, criando-se um ponto de partida para parciais análises descritivas e comparativas.

Esta segunda amostra consistiu em 200 desenhos, realizados por todas as crianças de quatro e cinco anos de idade (Tabela 1), utentes dos Jardins de Infância da Santa Casa da Misericórdia de Sintra nos anos letivos 2006/07, 2007/08 e 2008/9.

		Frequência	Percentagem		
<b>Género</b>	Masculino	113	56,5	N = 200	<b>Idade (média)</b> 4, 35 anos
	Feminino	87	43,5		

**Tabela 1 – Género e Idade (média) dos sujeitos**

#### *Instrumentos e Procedimentos*

A consigne para a tarefa consistia apenas na instrução “desenha-te a ti, com as pessoas de quem gostas”. A instrução era dada ao grupo de crianças, em contexto de sala de aula e não eram dadas quaisquer orientações adicionais, de forma a não limitar a livre expressão e criatividade. No final, era apenas questionada a identidade das figuras representadas e assinalado o nome e data de nascimento do sujeito.

#### *Análise dos Dados*

Procedeu-se à observação exploratória de todos os desenhos recolhidos ao longo de dez anos letivos, com o objetivo de construção de uma **Grelha de Análise de Conteúdo** categorial (Tabela 2), que viesse a permitir a interpretação e comparação das respostas, atendendo-se a diversas variáveis independentes.

De forma a aumentar a objetividade da análise e a clara definição das categorias, a procura de indicadores de significado foi feita separadamente por dois investigadores.

Por intermédio desta grelha de análise, foram cotados os 200 desenhos da segunda amostra, procedendo-se à contagem das frequências observadas nas diversas subcategorias. Posteriormente realizou-se um estudo comparativo entre géneros, utilizando-se a prova do Qui-quadrado para as variáveis nominais; ainda, foram analisadas possíveis correlações entre as variáveis de tipo ordinal ou intervalar.

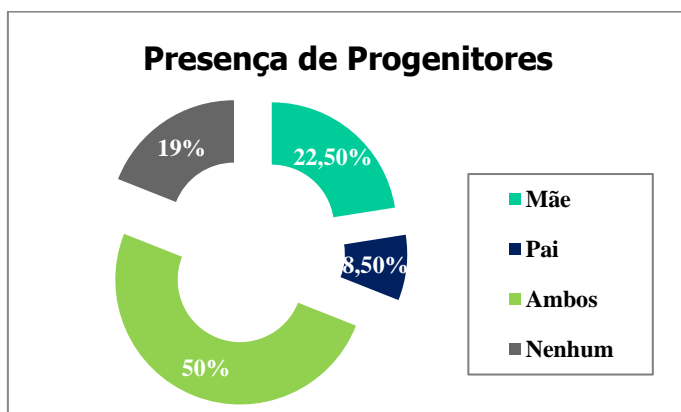
Grelha de Análise de Conteúdo Categorical		
	SUBCATEGORIA	
CATEGORIA I. FIGURAS REPRESENTADAS	I.1. PRESENÇA DE PROGENITORES	Mãe / Pai / Ambos / Nenhum
	I. 2. FAMÍLIA NUCLEAR E OUTROS ELEMENTOS	Só família nuclear/ família nuclear e Outros/ Apenas Outros
	I. 3. REPRESENTAÇÃO DO EU	Eu representado/ Eu ausente
	I.4. REPRESENTAÇÃO DE ELEMENTOS NÃO HUMANOS	Natureza/ Construções/ Outros
CATEGORIA II. ORDEM DAS FIGURAS REPRESENTADAS	II.1. MÃE	Primeiro/ Último/Central ou indiferenciado/Não representado
	II.2. PAI	Primeiro/ Último/Central ou indiferenciado/Não representado
	II.3. EU	Primeiro/ Último/Central ou indiferenciado/Não representado
	II.4. NÚMERO DE ORDEM DA FIGURA	Eu / Mãe/ Pai/ Avô ou Avó/ Irmãos
CATEGORIA III. TAMANHO PROPORCIONAL DAS FIGURAS REPRESENTADAS	III.1. MÃE	Mais pequeno/ Maior/ Indiferenciado
	III.2. PAI	Mais pequeno/ Maior/ Indiferenciado
	III.3. EU	Mais pequeno/ Maior/ Indiferenciado
CATEGORIA IV. INVESTIMENTO NAS FIGURAS REPRESENTADAS	IV.1. FIGURA MAIS INVESTIDA	Mãe/ Pai/ Eu/ Outro/ Nenhum
	IV.2. FIGURA MENOS INVESTIDA	Mãe/ Pai/ Eu/ Outro/ Nenhum
CATEGORIA V. PORMENORES DAS FIGURAS REPRESENTADAS	V.1. DISTINÇÃO DE GÉNERO	Figuras com distinção de género/ Género indistinto
	V.2. DISPOSIÇÃO DAS FIGURAS NO ESPAÇO	Figuras lado a lado/ Figuras dispersas
	V.3. TAMANHO DAS FIGURAS	Pequenas/ Médias/ Grandes
	V.4. LOCALIZAÇÃO NA FOLHA	Em cima/ Ao centro/ Em baixo/ Dispersas
	V.5. CORES DAS FIGURAS	Coloridas/ Uma ou duas cores/ Carvão ou preto
	V.6. MANIFESTAÇÕES DE AFETO	Mãos dadas/ Corações/ Outras

Tabela 2 – Grelha de Análise de Conteúdo Categorical

## RESULTADOS

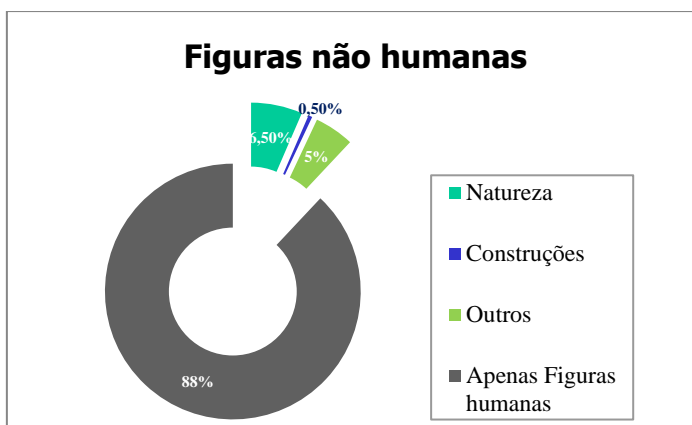
Procedemos, de seguida, à apresentação dos resultados qualitativos e quantitativos (obtidos através de tratamento estatístico efetuado pelo programa IBM SPSS Statistics, versão 18).

### Categoria I. Figuras Representadas



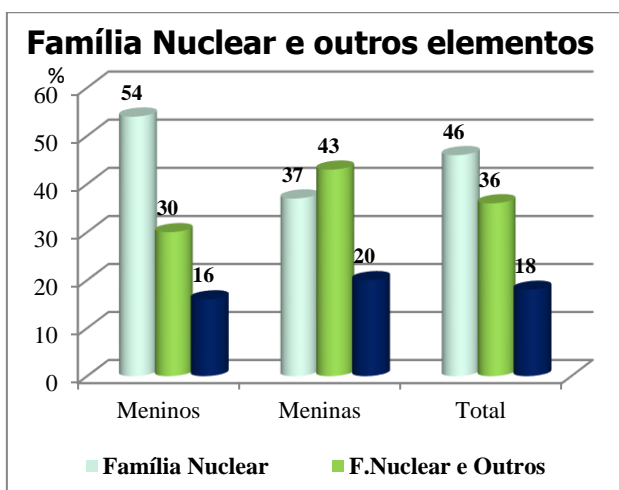
**Figura 1-** Distribuição dos sujeitos, em percentagem, na Subcategoria Presença de Progenitores

Como se pode observar na figura 1, quando se lhes pede para desenharem as pessoas de quem gostam, cerca de metade dos sujeitos desenha ambos os progenitores, seguindo-se a representação exclusiva da figura materna. De salientar que cerca de 20% dos sujeitos não inclui nenhum dos pais.



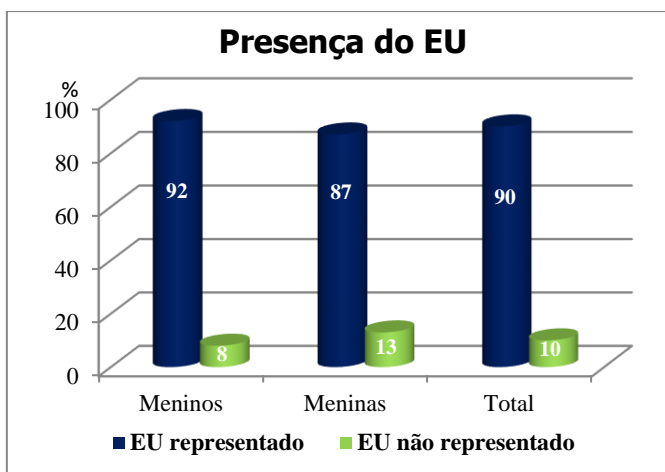
**Figura 2** – Distribuição dos sujeitos, em percentagem, na **Subcategoria Figuras Não Humanas**

A figura 2 mostra que 88% dos sujeitos obedece à instrução da tarefa, não adicionando figuras não humanas. Nos casos em que estas surgiram, habitualmente incidiam em representações do sol, nuvens ou relva.



**Figura 3** – Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos dois grupos, na **Subcategoria Família Nuclear e outros elementos**

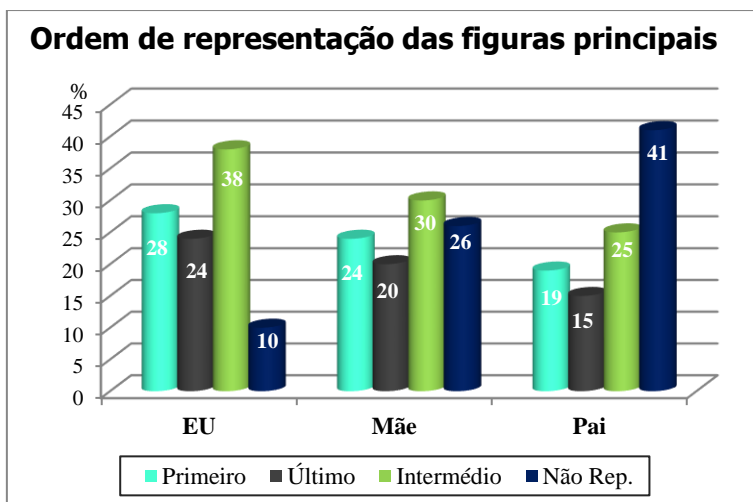
Pela leitura da figura 3, pode constatar-se que 54% dos meninos representa apenas elementos da família, enquanto que as meninas, na sua maioria incluem no desenho elementos da família alargada, amigos da escola ou a educadora. A diferença entre os géneros revelou-se significativa ( $\chi^2 (2) = 6,015$ ;  $p = 0.049$ ).



**Figura 4 –** Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos dois grupos, na **Subcategoria Presença do Eu**

A observação da figura 4 revela que a maioria dos sujeitos inclui a representação de si próprio nos desenhos. De salientar, no entanto, que 8% dos rapazes e 13% das raparigas não o fazem ( $\chi^2 (3) = 1,971$ ;  $p = 0.578$ ).

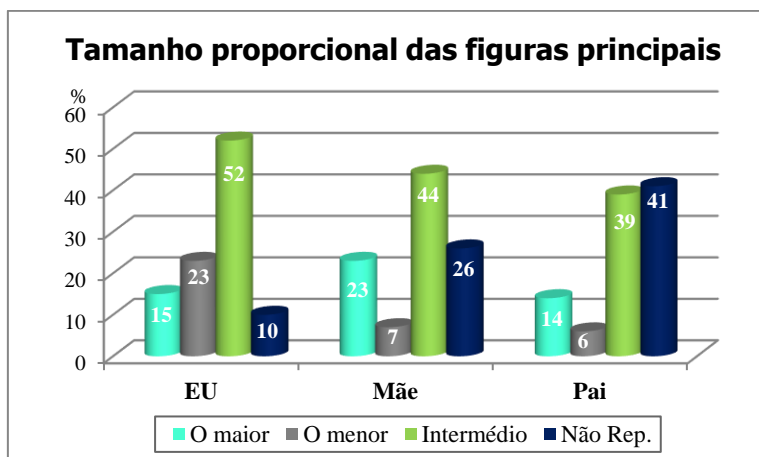
### **Categoria II. Ordem da Figuras Representadas**



**Figura 5 –** Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos dois grupos, na **Subcategoria Ordem de Representação das figuras principais**

A leitura da figura 5 permite observar que, na amostra global, a figura do EU é a que surge representada em 90% dos desenhos, por oposição à figura materna que está presente em apenas 74%. A figura do PAI é a mais frequentemente ausente, não representada em cerca de 41% dos desenhos. Não se encontraram diferenças significativas entre géneros.

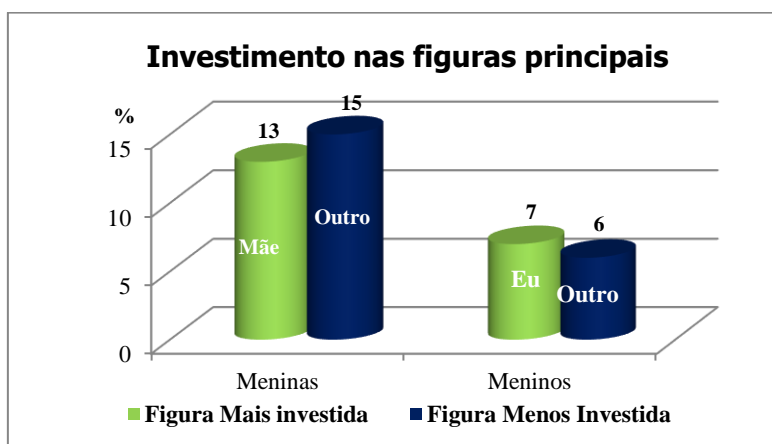
### Categoria III. Tamanho Proporcional das Figuras



**Figura 6** – Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos dois grupos, na **Subcategoria Tamanho proporcional das figuras principais**

Na maioria dos desenhos, a figura do EU surge representada com um tamanho intermédio relativamente às restantes (figura 6). Em 23% dos casos em que a figura materna é representada, esta surge como sendo maior que as restantes, por oposição a 14 % dos desenhos em que era esboçada a figura do PAI. Não se encontraram diferenças significativas entre géneros.

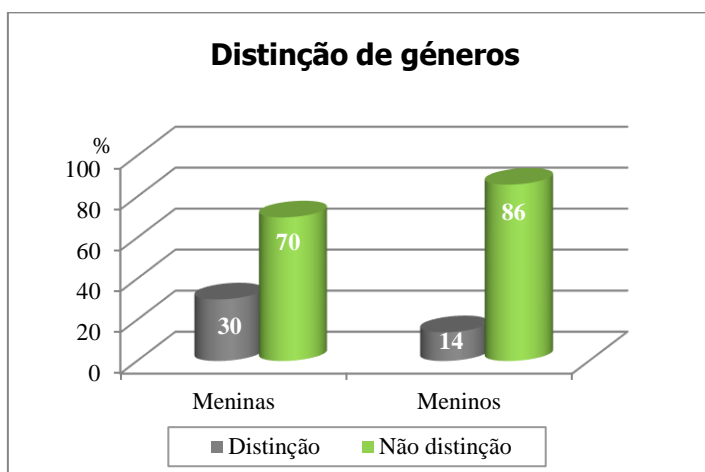
### Categoria IV. Investimento nas Figuras Representadas



**Figura 7** – Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos dois grupos, na **Subcategoria Investimento nas figuras principais**

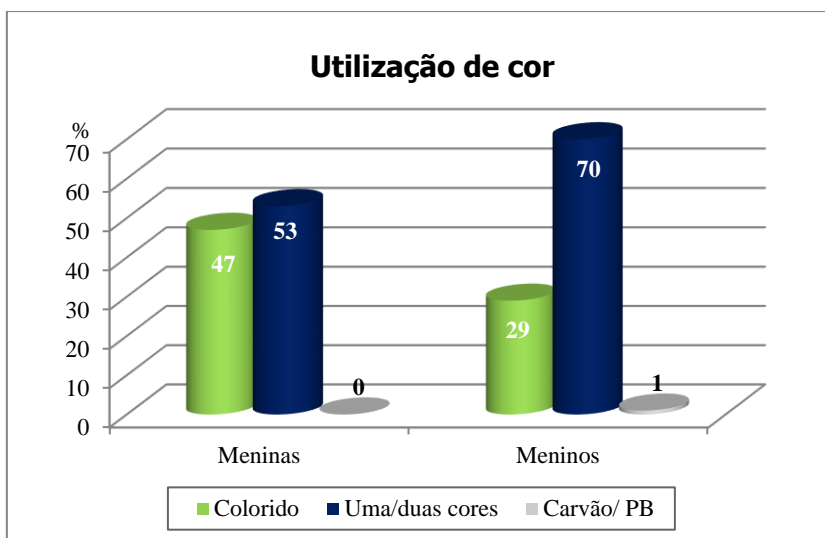
O investimento nas figuras foi avaliado por itens como sejam a existência de mais cor, mais pormenores de roupa ou riqueza da figura humana. Para as meninas, a figura que surge como mais investida mais frequentemente é a MÃE, enquanto que para os meninos é o desenho do EU ( $\chi^2(4) = 13,588$ ;  $p = 0.009$ ). A figura menos investida em ambos os grupos é categorizada como OUTRO, podendo ser um amigo, irmão ou parente mais afastado (figura 7).

### **Categoria V. Pormenores das Figuras Representadas**



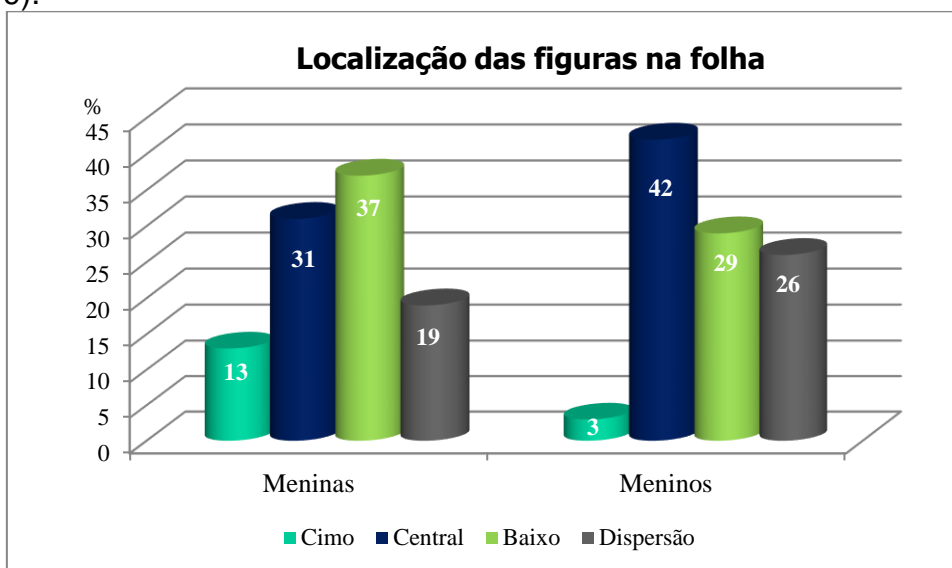
**Figura 8 – Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos dois grupos, na Subcategoria Distinção de Géneros**

Encontrou-se uma tendência para que, no grupo das raparigas, surja um maior investimento ao nível do desenho dos pormenores característicos de um determinado género; de facto, cerca de 30% das meninas esboçavam peças de roupa e tipos de cabelo, marcadamente contrastantes caso estivessem a representar uma figura do género masculino ou feminino (figura 8). A diferença encontrada entre os dois grupos revelou-se significativa ( $\chi^2(1) = 7,327$ ;  $p = 0.007$ ).



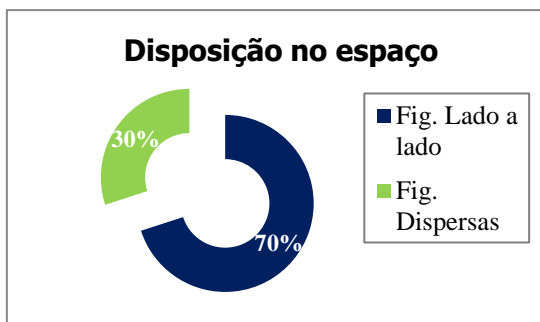
**Figura 9** – Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos dois grupos, na **Subcategoria Utilização de cor**

Observou-se uma diferença significativa entre os géneros, ao nível da utilização da cor ( $\chi^2 (2) = 7,321$ ;  $p = 0.026$ ). Quase metade das meninas recorreu ao uso de variadas cores para compor o seu desenho, enquanto que apenas 29% dos meninos o fizeram. No entanto, em ambos os grupos, a maioria das crianças optou por esboçar os desenhos em apenas uma ou duas cores (figura 9).

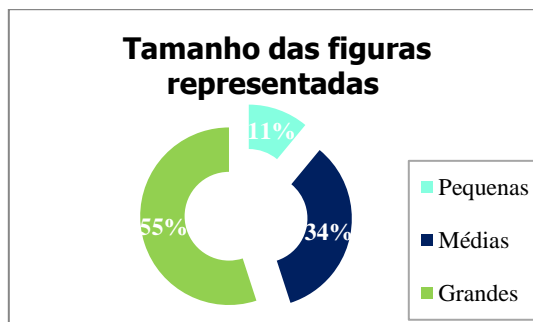


**Figura 10** – Distribuição, em percentagem, dos sujeitos dos dois grupos, na **Subcategoria Localização das figuras na folha**

A grande maioria dos meninos desenha as figuras na zona central da folha, enquanto que as meninas as representam a partir de baixo (figura 10). Observa-se mais raramente a representação junto ao topo da folha. A distribuição desta variável revelou diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2 (3) = 8,583$ ;  $p = 0.035$ ).



**Figura 11** – Distribuição dos sujeitos, em percentagem, na **Subcategoria Disposição no espaço**



**Figura 12** – Distribuição dos sujeitos, em percentagem, na **Subcategoria Tamanho das Figuras representadas**

Na sua maioria, tanto os meninos como as meninas desenharam as figuras lado a lado (figura 11). Por observação dos desenhos, a comprovar estatisticamente posteriormente, parece existir uma evolução natural de acordo com a idade da criança, verificando-se uma transição da dispersão das figuras em toda a folha, para o seu alinhamento lado a lado, observado nas crianças mais velhas. Também no que concerne ao tamanho das figuras se relaciona a maior coordenação grafo-motora com o menor tamanho das figuras (figura 12). Não se encontraram diferenças significativas entre géneros, nestas duas variáveis.

#### *Correlações encontradas*

**Tabela 3 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre as variáveis ordinais e intervalares**

Coeficientes de Correlação de Spearman, entre as variáveis ordinais e intervalares em análise			
	Tamanho das figuras	Número de figuras	
Idade da criança	,111	,009	Idade da Criança e Número de Figuras $r_s = .009$ ; $p = .896$
Ano letivo	-,083	,200*	Ano letivo e Número de Figuras $r_s = .200$ ; $p = .005$

			<b>Ano letivo e Tamanho das Figuras</b> $r_s = .200$ ; $p = .246$
<b>Número de figuras</b>	<b>de</b>	<b>- ,217*</b>	<b>Tamanho das Figuras e Número de Figuras</b> $r_s = .200$ ; $p = .002$ <b>Número de figuras (média) = 3,86</b> Min= 1 Máx= 13

\* Correlação significativa para  $p < .01$

A análise correlacional intragrupal revela a existência de relações significativas entre algumas variáveis. Os resultados mostram que há uma tendência para serem desenhadas menos figuras nos anos letivos iniciais.

Encontra-se uma relação esperada entre o número de figuras e o seu tamanho, uma vez que existe o limite da folha a respeitar.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados consolidaram o carácter projetivo desta prova de desenho. Quando lhes foi pedido “desenha-te a ti, com as pessoas de quem gostas” as crianças cumpriram a instrução, procedendo ao esboço das figuras investidas com afetos positivos. O estudo exploratório do material recolhido permitiu construir uma grelha de análise, que deverá sistematizar as respostas universais à prova e comparar grupos. Os conteúdos emergentes, foram interpretados à luz de diversos autores, que confirmam que a criança desenha o que lhe interessa e tem mais importância para si, representando o que sabe e sente do objeto (Pereira, 2005; Goldberg et al, 2005; Araújo & Lacerda, 2008; Menezes, et al, 2008 cit por Santos, 2013).

Quando lhe é pedido para que represente, além de si própria, as pessoas de quem gosta, a criança refere principalmente as **figuras parentais**; observámos que nem sempre surgem ambos os progenitores, o que poderá ser compreendido em futuros estudos, em que se conheça o agregado familiar ou o estado civil dos pais.

Os resultados mostraram que a mãe é representada mais frequentemente que o pai, mostrando-se também mais precoce na ordenação pela qual surge. Na maioria dos desenhos, a criança desenha-se a si própria em primeiro lugar, sendo o pai o último. Quanto ao **tamanho das figuras**, foi observado que se tende a reproduzir no desenho, as reais proporções do mundo real, pelo que muitas vezes o pai e a mãe eram vistos como maiores do que a criança e eventuais irmãos ou amigos.

A **comparação entre géneros** revelou algumas diferenças marcadas. Na sua maioria, as meninas investem mais no desenho da figura materna, enquanto que os meninos pormenorizam com qualidade a representação de si próprios.

As meninas mais facilmente compõem pormenores na figura humana, como roupas, cores, ou cabelos, que dão maior riqueza e permitem distinguir o género ou idade da figura esboçada. Farokhi & Hashemi (2011 cit por Santos, 2013), reconhecem que quando a criança desenha, ela escolhe o material com cuidado e reflete os seus desejos, dando-nos assim informação muito precisa sobre o que para si é importante.

As meninas também se mostraram mais capazes de alargar o investimento afetivo a objetos externos para além da família nuclear; mais do que os meninos, surgiram nos seus desenhos, avós, tios, primos e amigos da escola ou a educadora. Esta inclusão de Outros para além dos privilegiados, pode refletir um constante crescimento psicológico a partir das relações de reciprocidade, sentimento afetivo positivo e equilíbrio de poder que se desenvolvem entre pessoas e entre pessoas e os seus ambientes (Bronfenbrenner, 1979 cit por Goldberg, 2004).

Em próximas análises proceder-se-á à inclusão de diversas variáveis sociodemográficas adicionais, importantes na literatura e que poderão enriquecer a prova, como medida de acesso ao mundo interno da criança pré-latente. Serão ainda cruzadas outras variáveis, como estados psicopatológicos parentais ou psicopatologia da criança, privação parental ou colocação institucional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M.D.S.; Blehar, M. C.; Waters, E. & Wall, S.N.** (2014). *Patterns of attachment: A Psychological study of the strange situation*. NY: Psychological Press.
- Badaracco, J. E. C.** (1986). La identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del concepto "Objecto Enloquecedor". In *Libro Anual de Psicoanálisis*, 218-227.
- Bowlby, J. & Ainsworth, M.D.S** (1965). *Childcare and the growth of love*. NY: Penguin Books.
- Bowlby, J.** (1981). *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. S. Paulo: Martins Fontes.
- Castelo, I.** (2001). *Calvin & Hobbes ou o limbo das coisas semi-esquecidas: Estudo exploratório da posse dos objectos privilegiados da primeira infância*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Lisboa: ISPA.
- Diatkine, R.** (1978). The development of object relationships and affects. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 59 (2-3), 277-284.
- Erikson, F.** (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.

- Goldberg, L.G., Yunes, M. A., Freitas, J.V.**(2005). O desenho infantil na ótica da ecologia do desenvolvimento humano. *Psicologia em Estudo* 10(1), 97-106.
- Kernberg, O.** (1993). *La Teoria de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Luquet, G.H.** (1979). *O desenho infantil*. Coleção Ponte. Porto: Livraria Civilização Editora.
- Mahler, M.** (1963). Thoughts about development and individuation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 17, 307-324.
- Pereira, L. T. K.** (s.d.). *O desenho infantil e a construção da significação: um estudo de caso*. Obtido em 13 de março 2017, em <http://www.portal.unesco.org/culture/en/files/...pdf/lais-krucken-pereira.pdf>.
- Sandler, J. & Sandler, A.M.** (1978). On the Development of Object Relationships and Affects. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 59, 285–296.
- Santos, S.** (2013). Estudo de Caso – a interpretação do desenho infantil. *EducareEducare*, XV (1), II série, 73-82.
- Winnicott, D.W.** (1956). Preocupação materna primária. In D.W. Winnicott (1993), *Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 491-498). RJ: F. Alves.
- Winnicott, D.** (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International University Press.
- Winnicott, D.** (1969). The Mother-Infant Experience of Mutuality. In C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Eds)(1989), *D.W. Winnicott: Psycho-analytic Explorations* (pp. 251-260). London: Karnac Books.
- Winnicott, D.W.** (1975). *O Brincar e a Realidade*. RJ: Imago.

## **PENSAMIENTO REFERENCIAL Y RUMIANTE EN PERSONAS CON OBESIDAD MÓRBIDA**

Mercedes Borda Mas. Catedrática de Universidad. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. E-mail: mborda@us.es

M<sup>a</sup> del Mar Benítez Hernández. Profesora Contratada Doctora. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. E-mail: marbenitez@us.es

Gloria Benítez Rodríguez. Residente Psicología Clínica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. E mail: gloriabrm@gmail.com

Asunción Luque Budia. Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. E-mail: asun.luque@gmail.com

Juan Francisco Rodríguez Testal. Profesor Titular de Universidad. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. E-mail: testal@us.es

### **Resumen**

Este estudio tiene como objetivo comprobar si el pensamiento referencial y el rumiante se hayan de manera patológica o significativamente aumentada en personas con obesidad mórbida en comparación con aquellas que no lo son. Para ello se ha contado con un total de 123 sujetos, de los cuales el 71% eran mujeres y el 29% eran hombres. Con el fin de llevar a cabo la investigación se dividió la muestra en 3 grupos: el primer grupo está compuesto por 41 sujetos con obesidad mórbida y aptos para la cirugía bariátrica, el segundo lo conforman 39 personas con obesidad mórbida y no aptas para la cirugía y el último grupo lo integran 43 sujetos sin obesidad mórbida. Los datos obtenidos en este estudio ponen de manifiesto dos supuestos importantes. En primer lugar, en cuanto al pensamiento referencial los sujetos no aptos para la cirugía

presentan puntuaciones significativamente mayores que el grupo control. En segundo lugar, la tendencia a la rumiación se encuentra significativamente elevada en el grupo no apto con respecto al apto y al control. Estas evidencias avalan gran parte de las hipótesis planteadas en esta investigación.

*Palabras clave:* pensamiento referencial, rumiación, obesidad mórbida, cirugía bariátrica, Escala de Pensamiento Referencial REF, Escala de Respuestas Rumiativas(RRS).

## Resumo

Este estudo tem como objectivo comprovar se o pensamento referencial e o rumiante se tenham de maneira patológica ou significativamente aumentada em pessoas com obesidad mórbida em comparação com aquelas que não o são. Para isso se contou com um total de 123 sujeitos, dos quais o 71% eram mulheres e o 29% eram homens. Com o fim de levar a cabo a investigação dividiu-se a mostra em 3 grupos: o primeiro grupo está composto por 41 sujeitos com obesidad mórbida e aptos para a cirurgia bariátrica, o segundo conformam-no 39 pessoas com obesidad mórbida e não aptas para a cirurgia e o último grupo o integram 43 sujeitos sem obesidad mórbida. Os dados obtidos neste estudo põem de manifesto dois supostos importantes. Em primeiro lugar, quanto ao pensamento referencial os sujeitos não aptos para a cirurgia apresentam pontuações significativamente maiores que o grupo controle. Em segundo lugar, a tendência à rumiación encontra-se significativamente elevada no grupo não apto com respeito ao apto e ao controle. Estas evidências avalan grande parte das hipóteses propostas nesta investigação.

Palavras-chave: pensamento referencial, rumiación, obesidad mórbida, cirurgia bariátrica, Escala de Pensamento Referencial REF, Escala de Respostas Rumiativas(RRS).

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad o sobrepeso como un almacenamiento excesivo o anómalo de grasa con posibles consecuencias adversas sobre la salud (OMS, 2015). Fernández y Álvarez (2004) señalan que el indicador más utilizado para evaluar el sobrepeso es el índice de Quetelet o comúnmente conocido como índice de masa corporal (IMC), que se calcula a través del cociente resultante de dividir el peso entre la altura, por lo que:  $IMC = Kg/m^2$ . Cuando el IMC se encuentra por debajo de 18,5 existe bajo peso, cuando está entre 18,5 y 24,99 se considera que la persona tiene un peso normal, si el IMC se encuentra entre 25 y 29,99 se dice que tiene sobrepeso, si está entre 30 y 34,99 se denomina obesidad II o leve, si se haya entre 35 y 39,99 sería obesidad III o media y cuando el IMC es mayor o igual a 40 se habla entonces de obesidad mórbida (OM).

Se calcula que desde 1980 la obesidad ha duplicado su prevalencia en todo el mundo y que, en 2014, el 39% de las personas adultas tenían sobrepeso y el 13% eran obesas, lo que se traduce en 1900 millones de adultos con sobrepeso y 600 millones con obesidad (OMS, 2015).

La obesidad es una enfermedad crónica que supone un problema de grandes dimensiones tanto a nivel de salud pública, dado el impacto que realiza sobre la calidad de vida y la comorbilidad con otras enfermedades, como a nivel económico por el gasto que supone la asistencia sanitaria requerida en estos casos (Piñera, 2012).

Para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad existen diversas opciones. En los casos en los que no se haya logrado la pérdida de peso mediante otras vías, Fernández y Álvarez (2004) sostienen que una de las formas más adecuadas de reducir la morbilidad asociada a la obesidad en su mayor grado es la cirugía bariátrica. Debido a las características de la propia cirugía y a las consecuencias que conlleva, la elección y valoración de los candidatos a esta operación es llevada a cabo por un equipo multidisciplinar y los sujetos han de seguir los siguientes principios: por un lado, los pacientes han de tener un IMC  $> 40 \text{ kg/m}^2$  que no haber logrado la pérdida de peso por las vías más comunes como la dieta y el ejercicio o que tengan un IMC  $> 35 \text{ kg/m}^2$  con importantes comorbilidades asociadas y, por otro lado, tener una edad comprendida entre los 18 y los 60 años aproximadamente (Esteban & Zugasti, 2004).

La cirugía bariátrica puede catalogarse en tres grupos en función de la técnica quirúrgica. Los grupos uno y dos son denominados técnicas simples, puesto que se llevan a cabo en el estómago sin tratar el intestino, y el grupo tres es conocido como técnicas complejas.

El primer grupo (restrictivas): incluye la gastroplastia y la bandelela gástrica hinchable. Son sencillas de llevar a cabo, generan baja mortalidad y morbilidad, la ausencia de desviación de los alimentos y la reversibilidad. Las restrictivas se realizan cuando el IMC de los pacientes es menor de 45 y están en disposición de entender las limitaciones de la técnica.

El segundo grupo (derivativas o parcialmente absortivas): tiene como objetivo limitar la absorción de los alimentos ingeridos pero no suele utilizarse habitualmente por la alta morbilidad a la que está asociada.

El tercer grupo (mixtas): está conformado por el by-pass gástrico, la derivación biliopancreática y el cruce duodenal. Pretende reducir las complicaciones que suelen aparecer con cada una de las técnicas anteriores logrando un mayor éxito y se encuentra recomendado en casos de obesidades máximas e implica un seguimiento exhaustivo a causa de las múltiples complicaciones que suelen aparecer (Esteban & Zugasti, 2004; Fernández & Álvarez, 2004).

Tal y como indican Sánchez, Arias, Gorgojo y Sánchez (2009), la obesidad no se encuentra catalogada en el DSM-V ni en la CIE-10 como un trastorno de la conducta alimentaria. No obstante, es frecuente encontrar diversas alteraciones psiquiátricas o psicológicas y de la alimentación por lo que los diagnósticos que habitualmente se han relacionado con la obesidad son los trastornos del estado de ánimo, de la personalidad y de la conducta alimentaria típicos o atípicos. En este sentido, se han postulado posibles explicaciones tales como que las desviaciones psicopatológicas estarían causadas por las limitaciones sociales y personales que pueden generar la obesidad o que serían las características psicológicas las que dieran lugar al inicio y curso de la obesidad.

Baile y González (2011), en su revisión de diferentes estudios sobre comorbilidad entre obesidad y psicopatología, encontraron gran número de datos e investigaciones que confirman dicha comorbilidad. En primer lugar, en cuanto a encuesta poblacionales de salud y estudios de muestra, los resultados de su revisión indicaron: a) que aquellas personas obesas o extremadamente obesas, en comparación con las que no lo eran, mostraban una prevalencia más alta de trastornos del ánimo, ansiedad o consumo del alcohol; b) que existe una fuerte relación entre historia familiar de alcoholismo o problemas de alcohol y obesidad, especialmente en mujeres; c) que el sobrepeso y la obesidad estaban relacionados con determinados problemas de carácter psicológico tales como episodios depresivos, trastorno de pánico, fobias, personalidad antisocial y trastorno por evitación. Además, en Francia se publicó una encuesta que puso de manifiesto que el exceso de peso está ligado a variables psicosociales y psicopatológicas. En segundo lugar, en relación a comparación intergrupos, en su revisión concluyeron: a) que las personas con sobrepeso u obesidad tienen una mayor alteración en distintos aspectos de la impulsividad que aquellas con normopeso; b) que los pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica presentaban mayores valores de estrés, ansiedad, depresión y ansia por la comida, así como menores puntuaciones en autoestima, síntomas de trastorno del comportamiento alimentario y peor calidad de vida; c) que la obesidad se relaciona de una manera relevante con mayor riesgo de comorbilidad psiquiátrica y peor calidad de vida. En tercer lugar, en la revisión sobre estudios clínicos con pacientes obesos o candidatos a cirugía bariátrica se encontró: a) que candidatos a cirugía bariátrica con obesidad mórbida presentan algunos déficits cognitivos relacionados con las funciones ejecutivas y, en concreto, con la planificación o resolución de problemas con respecto a una muestra control; b) que la mayoría de pacientes de cirugía bariátrica había tenido algún episodio de trastorno psicopatológico a lo largo de su vida y que la manifestación de la psicopatología estaba relacionada con el IMC de los pacientes; c) que en un trabajo con adolescentes obesos candidatos a cirugía bariátrica se halló sintomatología ansiosa, depresiva y bulímica.

Dadas las evidencias existentes de diversas formas de psicopatología presentes en personas con obesidad, resulta interesante conocer, hasta qué punto, determinados aspectos cognitivos como el pensamiento referencial y el pensamiento rumiante o rumiación pueden encontrarse incrementados en estos grupos de la población en comparación con aquella que no presenta obesidad.

“El pensamiento referencial consiste en atribuciones autodirigidas sobre lo que sucede en el entorno. La persona percibe que los hechos que tienen lugar poseen una significación importante y tienen relación consigo misma” (Senín & Rodríguez- Testal, 2012). En este sentido, las ideas referenciales pueden suceder a partir de miradas, gestos, comentarios, conversaciones y acciones de otras personas hasta, en los casos más relevantes, mensajes desde los medios de comunicación de masas, impregnados de un significado concreto y que suele ser interpretado como peyorativo o amenazante.

Rodríguez- Testal, Senín, Perona, Ruiz & Fernández (2012) sostienen que muchos investigadores toman el pensamiento referencial como una señal de proclividad a la psicosis y algunas formas de autorreferencias vinculadas a otros

síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios persecutorios. No obstante, el pensamiento referencial no corresponde directamente con paranoia. Se ha destacado que existe una referencialidad negativa que supone una amenaza para el self y estaría relacionada con la paranoia y una referencialidad positiva. Es factible que el pensamiento referencial obedezca a algún mecanismo común como la saliencia aberrante y que esté modulado por la autoestima, suponiendo autorreferencias positivas si la autoestima es alta o autorreferencias negativas cuando sea baja.

Esta influencia de la autoestima en el pensamiento referencial nos traslada a las conclusiones obtenidas por Fernández, Leal & García (2010), según las cuales los pacientes obesos presentan una baja autoestima y autovaloración negativa, perturbaciones en la imagen corporal, así como confusión y dificultad para reconocer los estados emocionales y las sensaciones viscerales. Además, destacan el valor de la autoestima y las actitudes hacia el cuerpo como elementos que inciden en los niveles de malestar psicológico. En este sentido, mencionan el hecho de que entre las múltiples consecuencias de la obesidad, distintos autores han detectado una baja autoestima en pacientes obesos, indicando ese problema como uno de los aspectos más relevantes en el pronóstico de estos pacientes y en el desarrollo de estrategias de afrontamiento y adherencia a los tratamientos de reducción de peso en obesos mórbidos.

En la misma línea, se confirma por una parte que “el pensamiento referencial es un factor de vulnerabilidad cognitiva (rasgo o sensibilidad) vinculado al estado de ánimo (la implicación de las variables afectivas en el desarrollo del pensamiento referencial)” (Rodríguez, Senín, Perona, Ruíz & Fernández, 2012, p. 55) y, que por otra, “el pensamiento referencial es predicho por condiciones clínicas no necesariamente delirantes y por componentes de vulnerabilidad a las alteraciones del estado de ánimo” (Senín & Rodríguez, 2012). Por ello, es posible pensar que haya relación entre el estado de ánimo y el curso del pensamiento referencial ya que al menos el 50% de los candidatos a cirugía bariátrica manifiesta en su historial algún trastorno del estado de ánimo o algún trastorno de ansiedad (Sánchez, Arias, Gorgojo & Sánchez, 2009).

La rumiación es un tipo de pensamiento negativo repetitivo que se caracteriza por una frecuente tendencia a fijarse en uno mismo, en situaciones perturbadoras o en preocupaciones personales, en sentimientos de angustia, en la razón de esa angustia y, por lo general, enfocado al pasado (Nolen-Hoeksema, 2000; Startup et al., 2013).

La evidencia empírica avala la idea de que la rumiación tiene bastante en común con los componentes cognitivos centrales de la ansiedad y la depresión, pero además también se ha relacionado con los trastornos alimenticios. En este sentido el perfeccionismo, la rigidez cognitiva y la evitación de experiencias son factores claves para el mantenimiento de la anorexia nerviosa, no obstante, lo que no está tan claro es lo que media entre los rasgos anoréxicos y la enfermedad de anorexia nerviosa. Los modelos cognitivos de los trastornos de alimentación enfatizan la función de la huida y la evitación en los comportamientos de los desordenes alimenticios ya que para personas con anorexia nerviosa la restricción extrema puede permitirle a una persona que sufre evitar algunas emociones o sentimientos mientras que, por el contrario, los

comportamientos bulímicos sirven para permitir escapar de emociones aversivas una vez que ya están sucediendo y se están experimentando desde el sufrimiento. Se sabe que el afecto negativo es un factor de riesgo en la anorexia nerviosa y que la intolerancia emocional es una característica básica. La rumiación se ha propuesto como un proceso cognitivo transdiagnóstico que se desarrolla como una función de evitación emocional y que puede jugar un rol en el mantenimiento de la rigidez psicológica característica en personas con anorexia nerviosa, ayudando de esta forma a mantener el trastorno. No existen muchos estudios que muestren la presencia de rumiación y preocupación en trastornos de la alimentación pero se ha encontrado que: a) muchos factores sugieren la existencia de pensamiento repetitivo negativo, ya sea en forma de preocupación o rumiación, por lo que puede ser un estilo cognitivo importante en personas con desordenes alimenticios; b) existen valores más elevados de pensamiento rumiante en grupos anoréxicos en comparación con la población de referencia; c) la ansiedad y la depresión son predictores de la sintomatología de los desordenes alimenticios, y la preocupación y la rumiación predicen los trastornos de alimentación por encima de los efectos del estado de ánimo (Startup et al., 2013). Por otro lado, hay constancia experimental de que la actividad rumiativa intensifica un estado de ánimo negativo, de que las respuestas rumiativas propician el surgir de atribuciones negativas globales y la accesibilidad de recuerdos negativos, generando más interpretaciones negativas sesgadas y pesimistas (Hervás, 2008).

En definitiva, la obesidad es un factor de riesgo en cuanto a la comorbilidad asociada con otras enfermedades y en su mayor grado, puede incluso resultar mortal. La psicopatología presente en muchas personas cuyo peso se aleja considerablemente de lo que se entiende como saludable, supone un importante factor a tener en cuenta para poder conocer tanto el inicio y mantenimiento de la obesidad, como el curso y la adherencia a posibles tratamientos para combatirla. La literatura existente sobre este tema pone de manifiesto que la depresión, la ansiedad, la impulsividad, determinados esquemas cognitivos y algunas características de personalidad suelen tener una prevalencia elevada en personas con obesidad.

Por todos estos motivos el objetivo último de este estudio es conocer si el pensamiento referencial y el rumiante se hayan de manera patológica o significativamente aumentada en obesos mórbidos.

En concreto, se espera que los pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica y no aptos para la misma sean los que mayores puntuaciones presenten en los tipos de pensamiento rumiante y referencial. Después, aquellos que seguirían teniendo una puntuación elevada pero menor que la del grupo no apto para la cirugía serían aquellos que sí han sido seleccionados como aptos para someterse a la operación de cirugía bariátrica. Finalmente, el grupo control que no presenta obesidad mórbida sería aquel que menores puntuaciones obtendría para las escalas que miden el pensamiento referencial y las respuestas rumiativas.

## Método

### *Participantes*

Para llevar a cabo esta investigación la muestra total ha sido de 131 sujetos, de los cuales 37 (28,2%) fueron hombres y 93 fueron mujeres (71%). La edad media de los participantes fue de 41,9 años con una desviación típica de 11,66.

Durante el transcurso del estudio se perdieron algunos datos al no ser completados todos los protocolos por el total de los sujetos. Finalmente, el número de participantes cuyos protocolos estaban perfectamente cumplimentados ha sido de 123 sujetos. Estos fueron reagrupados en función de si eran candidatos a cirugía bariátrica y aptos o no para la misma y de si presentaban obesidad mórbida. La distribución se dispuso de la siguiente manera:

- Grupo 1: formado por 41 personas con obesidad mórbida candidatas a cirugía bariátrica y aptas para ésta.
- Grupo 2: compuesto por 39 personas con obesidad mórbida candidatas a cirugía bariátrica y no aptas para la misma.
- Grupo 3: conformado por 43 personas sin obesidad mórbida y no candidatas a cirugía bariátrica.

Los grupos 1 y 2 conforman la muestra clínica y el grupo 3 la control.

La muestra clínica son posibles candidatos a cirugía bariátrica con obesidad mórbida evaluados por la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío. El acceso a estos sujetos se realizó a mediante un muestreo por conveniencia proporcionado a través de un acuerdo establecido con el hospital.

Los criterios establecidos por el centro para incluir a los candidatos a cirugía bariátrica como aptos para la misma son:

- Criterio 1: estar en una edad comprendida entre los 18 y los 60 años.
- Criterio 2: poseer un índice de masa corporal mayor o igual a 40 kg/m<sup>2</sup> o que sea  $\geq$  a 35 kg/m<sup>2</sup> pero presentando comorbilidad asociada.
- Criterio 3: que el curso de la obesidad haya transcurrido durante cinco años como mínimo.
- Criterio 4: no presentar alcoholismo, drogodependencias o enfermedad psiquiátrica grave.
- Criterio 5: adecuado entendimiento de las alteraciones que tendrán lugar a raíz de la intervención y alta posibilidad de adhesión a la estrategia terapéutica propuesta.

El grupo 1 cumple todos estos requisitos, el grupo 2 no completa los criterios 4 y 5 y el grupo 3 ha de cumplir los siguientes requerimientos:

- Criterio 1: edad comprendida entre los 18 y los 65 años.
- Criterio 2: presentar un IMC menor a 35 kg/m<sup>2</sup>.
- Criterio 3: no tener alcoholismo, drogodependencias o enfermedad psiquiátrica grave.

La muestra control se seleccionó por conveniencia al ser todos de la provincia de Sevilla y al respetar los criterios establecidos previamente con respecto a la edad, IMC, drogodependencias o enfermedad psiquiátrica grave.

### *Materiales o instrumentos*

Para la presente investigación se le administró a cada participante un documento que recogía la Historia Clínica, la escala de Pensamiento Referencial REF (Lenzenweger et al., 1997) y la *Escala de Respuestas Rumiativas (RSS)* (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).

La *historia clínica* constituye un documento fundamental al recoger un amplio espectro de datos que abarca desde los aspectos sociodemográficos más relevantes hasta las condiciones médicas y psicológicas actuales y del pasado.

La *Escala de Pensamiento Referencial REF* (Lenzenweger et al., 1997) es un cuestionario autoinformado de 34 ítems verdadero/falso sobre autorreferencias (AR). En la versión original de la escala se obtuvo una consistencia interna comprendida entre .83 y .85, 4.14 y 4.52 puntos de promedio de pensamiento referencial en la población general y una validez apropiada. En la validación posterior de la escala al castellano (Senín & Rodríguez, 2012) se encontró una consistencia interna de .90 (.83 y .82 para cada mitad) y una fiabilidad test-retest de .76 (intervalo promedio de 44 días en pacientes). La validez de criterio (con relación a la BPRS) obtuvo un punto de corte de 7 puntos para una especificidad del 66% y sensibilidad del 58%.

En la *Escala de Respuestas Rumiativas (RSS)* (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), adaptada al castellano por Hervàs (2008), se mide la presencia del estilo de respuesta rumiativa a través de 22 ítems con 4 opciones de respuestas que van desde “Casi nunca” hasta “Casi siempre”. En la escala original de Respuestas Rumiativas, son varios los estudios los que ponen de manifiesto la existencia de una buena fiabilidad test-retest de .8 en 5 meses (Nolen-Hoeksema et al., 1994) y .67 en 1 año (Nolen-Hoeksema et al., 1999) y de una adecuada consistencia interna ya que *alfa* oscila entre .88 y .92 (Just & Alloy, 1997; Nolan Roberts & Gotlib, 1998; Nolen-Hoeksema et al., 1999; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema et al., 1994). La adaptación española de la escala presenta un coeficiente *alfa* de consistencia interna de .93 en una muestra de 254 participantes y las puntuaciones totales pueden encontrarse entre los 22 y los 88 puntos.

### *Diseño*

La variable independiente de este estudio es “orientación diagnóstica y se trata de una variable cualitativa cuyos tres valores son: “No apto”, “Apto” y “Control”.

Las variables dependientes son “pensamiento referencial” y “rumiación”. Ambas son cuantitativas y presentaban los valores comprendidos entre 0-29 y 22-88 respectivamente.

Se trata de un estudio ex post facto de tipo prospectivo ya que se ha comenzado estudiando la variable independiente y después la dependiente.

### *Procedimiento*

La recogida de datos de la muestra clínica se realizó en el programa de salud mental de Enlace e Interconsulta del Hospital Universitario Virgen del Rocío por parte de las psicólogas clínicas encargados de ello en dicha unidad. Estos profesionales nos facilitaron los protocolos que contenían varios instrumentos de evaluación psicológica y, entre los que se incluyen, dado el interés de la presente investigación, la historia clínica y las escalas para medir el pensamiento referencial y las respuestas rumiativas mencionadas en el apartado de *instrumentos*. Para garantizar la confidencialidad de estos participantes, cada protocolo que se nos facilitó estaba numerado con un código correspondiente a la identificación del paciente y, así, únicamente el hospital podía conocer qué protocolo pertenecía a cada uno.

Los datos de la muestra control se obtuvieron buscando sujetos de la provincia de Sevilla que cumpliesen los requisitos de este estudio para pertenecer a esta categoría y, además, se buscó que las características sociodemográficas principales fuesen similares a las de la muestra clínica. Todos los sujetos del grupo control firmaron un consentimiento informado por el que, de manera libre y voluntaria, aceptaban participar en la investigación después de haber recibido toda la información necesaria sobre la misma. De este grupo también queda garantizada la confidencialidad dado que los datos han sido seleccionados sin tomar en cuenta la identificación del sujeto en ningún momento y, después de registrar las puntuaciones en el paquete estadístico, los protocolos han sido cedidos al programa de salud mental de Enlace e Interconsulta del Hospital Universitario Virgen del Rocío para ser custodiados cumpliendo todas las medidas de seguridad pertinentes para la protección de los datos.

Para el análisis estadístico se comprobaron los supuestos de normalidad y homocedasticidad con las pruebas de Shapiro-Wilk y Levene respectivamente. En caso de cumplimiento de supuestos, se optó por la prueba paramétrica F de Anova para responder a los objetivos del estudio. Cuando dicha prueba arrojó diferencias significativas, se llevaron a cabo comparaciones múltiples a posteriori utilizando el procedimiento de Bonferroni para detallar entre qué grupos existieron las diferencias de medias significativas del pensamiento referencial y la rumiación. En caso de incumplimiento de la homocedasticidad,

se optará por una alternativa más robusta a la violación del mismo: la prueba *F* de Welch para detectar si existieron diferencias significativas, y la prueba post hoc Games-Howell para detallar entre qué grupos se dieron las mismas. Como índice de tamaño de efecto se utilizó *R* cuadrado y fue valorado según el criterio de Cohen (1988): grande = .14, mediano = .07 y pequeño = .02

Para llevar a cabo este análisis se empleó el paquete estadístico IBM SPSS Statics Versión 21 para MAC.

## RESULTADOS

Con objeto de seleccionar la prueba estadística más adecuada para responder al objetivo que relacionó el pensamiento referencial con los grupos de orientación diagnóstica, se comprobaron los supuestos de normalidad y homocedasticidad. A pesar de que, según la prueba de Kolmogorov-Smirnov, las puntuaciones de pensamiento referencial no se distribuyeron normalmente ( $Z=2.13$ ,  $p<.001$ ), se optó por la prueba paramétrica *F* dada su robustez ante la violación de este supuesto cuando las muestras son grandes (Glass, Peckham y Sanders, 1972). Tampoco se cumplió del supuesto de homocedasticidad según la prueba de Levene ( $F=8.27$ ,  $p<.001$ ), por lo que se utilizó prueba de Welch, más robusta que Anova a la violación de este supuesto (Tomarken y Serlin, 1986).

Las puntuaciones del pensamiento referencial se concentraron hacia la parte inferior del diagrama de caja en las tres muestras, aunque el grupo control fue el que presentó una mayor asimetría positiva. En las tres muestras, las puntuaciones del 25% superior fueron más dispersas que las del 25% inferior. En los grupos control y apto para la cirugía, la mediana se desplazó hacia el primer cuartil, mientras que en el grupo no apto para la cirugía se produjo dicho desplazamiento al tercer cuartil, por lo que la mediana fue mayor. El 50% central de los sujetos obtuvieron puntuaciones entre 1 y 11 en la muestra apta para la cirugía, entre 2 y 13 en la no apta y entre 1 y 9 en el grupo control. Se detectó un caso con puntuación atípicamente elevada en la muestra control (ver figura I).

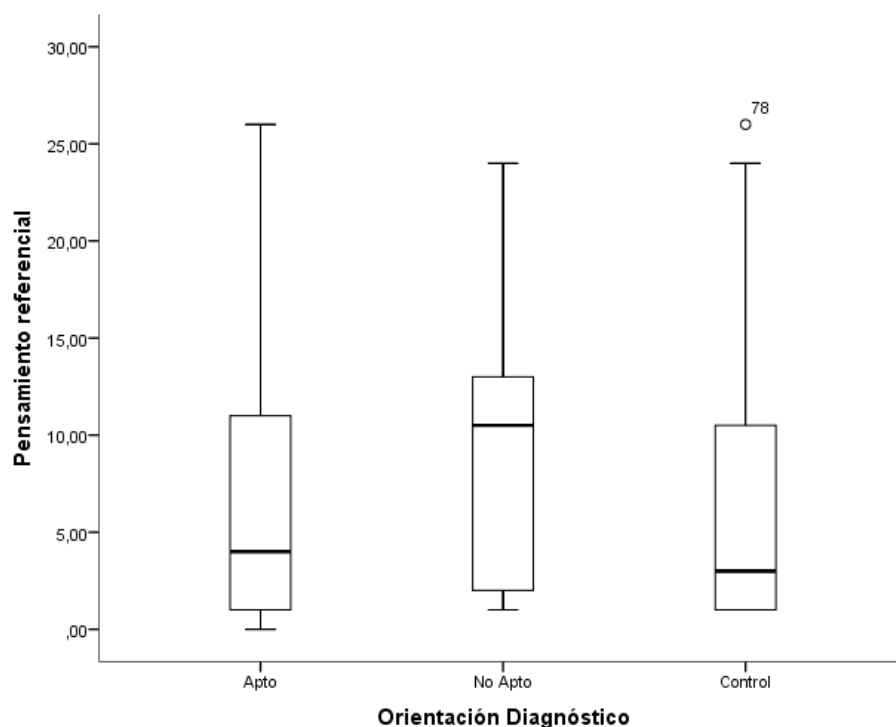


Figura 1. Diagrama de caja y patillas del pensamiento referencial para cada grupo según la orientación diagnóstica.

La prueba  $F$  de Welch arrojó diferencias en las medias del pensamiento referencial entre los tres grupos, por lo que se llevaron a cabo comparaciones múltiples a posteriori mediante la prueba de Games-Howell, la cual solo detectó como significativa la diferencia de medias ( $DM$ ) entre el grupo no apto para la cirugía y el control ( $DM=5.1$ ,  $p=.002$ ). El tamaño de efecto fue mediano (ver tabla 1).

Pensamiento		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	Contrastes
Referencial	Apto	41	6.80	7.23	$F(2, 73) = 6.67$ , $p = .002$ , $R^2 = 0.09$
	No Apto	39	9.28	7.99	
	Control	43	4.18	6.99	

Perdidos=6%,  $M$ =Media,  $DT$ =Desviación Típica

Tabla 1. Descriptivos y contrastes de medias de pensamiento referencial según la orientación diagnóstica.

Para responder al objetivo que relacionó la rumiación y grupo de orientación

diagnóstica, se utilizó la  $F$  de Anova ya que las puntuaciones de la variable dependiente se distribuyeron normalmente ( $Z$  de Kolmogorov-Smirnov = 1.03,  $p$  = .241) y se cumplió el supuesto de homocedasticidad de varianzas ( $F$  de Levene =

0.76,  $p$  = .794). Las puntuaciones en rumiación se concentraron hacia la parte inferior

del diagrama de caja (asimetría positiva) con mayor claridad en la muestra de sujetos

aptos para la cirugía que en la control. En cambio, los sujetos no aptos para la cirugía

presentaron una distribución más o menos simétrica. Los sujetos aptos para la cirugía

y control, las puntuaciones del 25% superior fueron más dispersas que las del 25%

inferior, mientras que en el grupo no apto sucedió lo contrario. En la muestra de aptos

para la cirugía, la mediana se desplazó hacia el primer cuartil, por lo que fue menor

que en los grupos no aptos y control (34 frente a 58 y 43 respectivamente). El 50%

central de los sujetos obtuvieron puntuaciones entre 27 y 50 en la muestra apta para la

cirugía, entre 46 y 68 en la no apta y entre 32 y 48 en el grupo control. Se detectó un

caso con puntuación atípicamente elevada en la muestra de sujetos aptos para la

cirugía (ver Figura II).

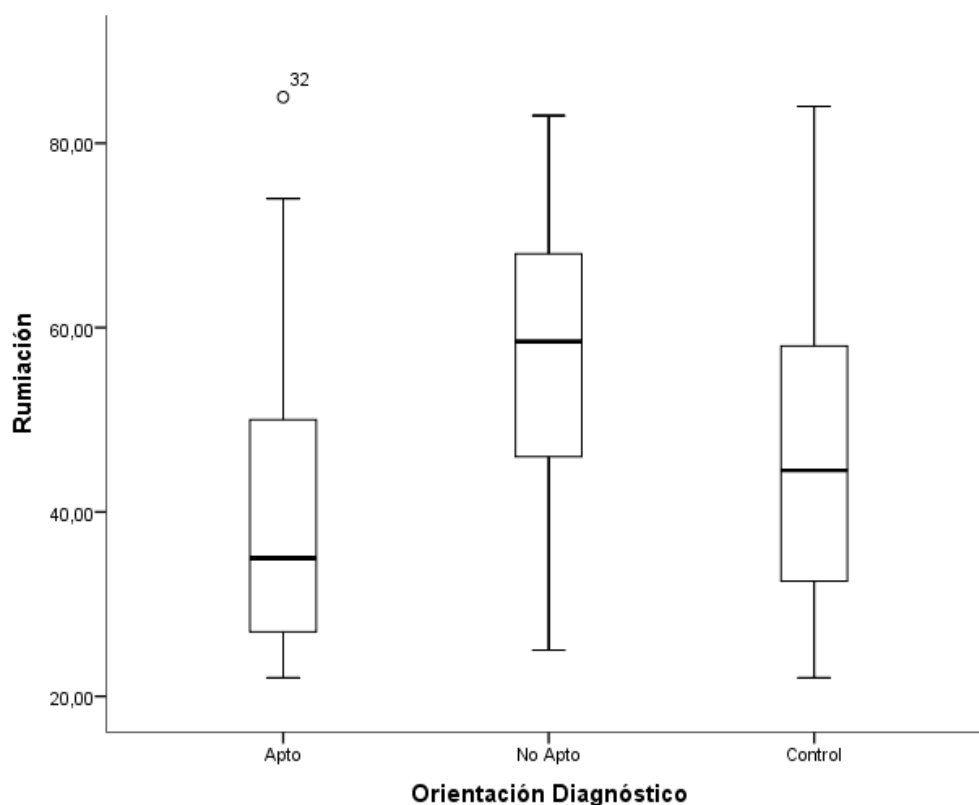


Figura II. Diagrama de caja y patillas de la rumiación para cada grupo según la orientación diagnóstica.

El Anova detectó diferencias significativas en los promedios de rumiación según el grupo de orientación diagnóstica, con un tamaño de efecto grande (ver Tabla 2). Con objeto de detallar entre qué grupos se dieron tales diferencias significativas, se aplicó la prueba de Bonferroni. Se encontró que el grupo no apto para la cirugía presentó una media significativamente mayor que el grupo apto para la cirugía ( $DM = 13.08$ ,  $p = .001$ ), y que el grupo control ( $DM = 13.86$ ,  $p < .001$ ). No se encontraron diferencias significativas entre las medias de los grupos apto y control ( $DM = 0.78$ ,  $p = .999$ ).

Pensamiento		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Contrastes</i>
Rumiante	Apto	41	40.68	16.19	<i>F</i> (2,119) = 9.83, <i>p</i> < .001; <i>R</i> <sup>2</sup> = 0.14
	No Apto	39	53.76	16.47	
	Control	43	39.90	14.07	
Perdidos=6%, <i>M</i> =Media, <i>DT</i> =Desviación Típica					

Tabla 2. Descriptivos y contrastes de medias de pensamiento rumiante según la orientación diagnóstica.

## Discusión

El objetivo principal de este estudio era comprobar si las personas con obesidad mórbida tienen mayor tendencia a presentar un estilo de pensamiento referencial y rumiante elevado, en comparación con aquellas personas que no presentan este grado de obesidad. En términos generales los resultados de esta investigación parecen respaldar esta teoría inicial, no obstante, es necesario desglosar y explicar con detenimiento cada uno de los datos obtenidos en relación con la literatura existente.

En cuanto al pensamiento referencial, se encontró que existen diferencias significativas únicamente entre el grupo No apto y el grupo Control. Dicha diferencia puede estar mediada por la relación existente entre el estado de ánimo y el curso del pensamiento referencial, ya que al menos el 50% de los candidatos a cirugía bariátrica manifiesta en su historial algún trastorno del estado de ánimo o ansiedad (Sánchez, Arias, Gorgojo y Sánchez, 2009).

En relación al estilo de respuesta rumiativa, sí se cumplen las hipótesis de que el grupo No Apto presenta puntuaciones significativamente mayores que el Apto y que el Control. Esto puede deberse a que, como indican Baile y González (2011) en su revisión de estudios sobre obesidad y psicopatología, las personas obesas muestran una prevalencia más alta en trastornos del estado de ánimo, ansiedad o problemas psicológicos y a que la rumiación puede ser un estilo cognitivo importante en personas con desórdenes alimenticios (Startup et al., 2013).

De los resultados obtenidos para ambos estilos de pensamiento, resulta llamativo el hecho de no haber encontrado diferencias significativas del grupo Apto con respecto al Control en ninguno de los casos. Tanto para pensamiento referencial como rumiante las puntuaciones de ambos grupos eran muy similares aunque discretamente mayores en el grupo Apto, lo que sugiere que las características de ambos grupos eran más homogéneas de lo aparentemente observable y a pesar de la obesidad. A partir de esta evidencia sería conveniente que en futuras investigaciones se llevase a cabo un intenso estudio descriptivo de cada grupo en con el fin de poder esclarecer los motivos por los que el grupo Apto y Control obtuvieron puntuaciones semejantes.

Por otro lado cabe pensar que el grupo Apto no puntúe alto en respuestas rumiativas y referencialidad debido a que tenga asumida la situación de su imagen corporal y ésta no suponga un motivo de inseguridad, baja autoestima o ansiedad. A partir de aquí se pueden diseñar futuros estudios en los que se explore la presencia de pensamiento rumiante o referencial en cada uno de los estadios de la obesidad con el ánimo de comprobar el efecto que puede tener el IMC sobre la satisfacción con la imagen corporal y diversas formas de psicopatología.

Para completar futuras líneas de investigación, y por no poderse habido llevar a cabo en esta, puede resultar de utilidad (además de lo mencionado anteriormente) llevar a cabo una entrevista con cada uno de los participantes a modo de poder enriquecer los protocolos que se administren y explorar otros posibles factores relacionados con la obesidad y la psicopatología.

A pesar de que los grupos son homogéneos, la reducida muestra con la que se ha trabajado dificulta la extrapolación de estos resultados a toda la población con obesidad y aunque esto sea un aspecto mejorable, los datos obtenidos son un indicador de que aún queda un amplio espectro de variables psicológicas que explorar en personas cuyo IMC no se considere saludable.

Finalmente, concluir diciendo que este estudio ha cumplido con el propósito inicial de comprobar la presencia de un elevado número de indicadores de pensamiento rumiante y referencial en personas con obesidad mórbida.

## Referencias

Baile, J. I. & González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 32(2), 253-261.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Esteban, B., Zugasti, A. (2004). Cirugía bariátrica: situación actual. *Revista de medicina de la Universidad de Navarra*, 48, 66-71.

Fernández, L.A. & Álvarez, M. (2004). Obesidad, anestesia y cirugía bariátrica. *Revista española de anestesiología y reanimación*, 51, 80-94.

Fernández, T., Leal, I. & García, E. (2010). Actitudes hacia el cuerpo y malestar psicológico en pacientes obesos en protocolo de cirugía bariátrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 95, 44-56.

Glass, G. V., Peckham, P. D. & Sanders, J. R. (1972). Consequences of Failure to Meet Assumptions Underlying the Fixed Effects Analyses of Variance and Covariance. *Review of Educational Research*, 42, 237-288.

Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13, 111-121.

Just, N., & Alloy, L.B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and extensión of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229.

Lezenweger, M. F., Bennett, M.E. y Lilienfeld, L.R. (1997). The Referential Thinking Scale as a Measure of Schizotypy: Scale Development and Initial Construct Validation. *Psychological Assessment*, 9, 452-463.

Nolan, S.A., Roberts, J.E., & Gotlib, I.H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 445-455.

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after natural disaster: The 1989 Loma Prieta earth-quake. *Journal of Abnormal Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.

Nolen-Hoeksema, S., Parker, L., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Abnormal Personality and Social Psychology*, 67, 92-104.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 3, 504-511.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Piñera, M. J. (2012). Influencia de la pérdida de peso en la evolución clínica, metabólica y psicológica de los pacientes con sobrepeso u obesidad. *Nutrición hospitalaria*, 27, 1480-1488.

Rodriguez, J. F., Senín, M. C., Perona, S., Ruiz, M. & Fernández, E. (2012). Predictores del pensamiento referencial: análisis de sujetos clínicos y controles. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 8, 47-57.

Sánchez, S., Arias, F., Gorgojo, J. J. & Sánchez, S. (2009). Evolución de alteraciones psicopatológicas en pacientes con obesidad mórbida tras cirugía bariátrica. *Medicina Clínica*, 133(6), 206-212.

Senín, M. C. & Rodriguez, J. F. (2012). *Estudio clínico del pensamiento referencial. Análisis psicopatológico y psicométrico*. Editorial Académica Española.

Startup, H., Lavender, A., Oldershaw, A., Stott, R., Tchanturia, K., Treasure, J. & Schmidt, U. (2013). Worry and rumination in anorexia nervosa. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41, 301-316.

Tomarken, A. J., & Serlin, R. (1986). Comparison of ANOVA Alternatives Under Variance Heterogeneity and Specific Noncentrality Structures. *Psychological Bulletin*, 99, 90-99.

## **¿QUÉ MECANISMOS SUBYACEN A LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES Y LAS TERAPIAS BASADAS EN MINDFULNESS EN EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD SOCIAL?**

Alba Marín y M<sup>a</sup> Nieves Vera

albmarsan5@gmail.com, mnveraguerrero@gmail.com

Universidad de Granada

### **RESUMEN**

Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) han demostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno de ansiedad social (TAS). Recientemente han surgido otras terapias, basadas en Mindfulness o Atención Plena (TBM), las cuales han alcanzado una eficacia similar a las anteriores para dicho trastorno. La presente revisión tiene como objetivo identificar y comparar las variables mediadoras de cambio de ambas terapias en el TAS. Los resultados muestran que ambas comparten muchos de estos mecanismos, sean o no abordados directamente por ellas. En concreto: la reevaluación cognitiva, las habilidades de mindfulness, la focalización de la atención, el cambio en las distorsiones cognitivas y en los sesgos de sobrestimación de la probabilidad de eventos negativos. Se discute si estos mecanismos pueden estar, a su vez, mediados por el proceso de defusión, y se señala posibles repercusiones en el avance del tratamiento.

**Palabras clave:** Mindfulness, Terapia cognitivo-conductual, Trastorno de ansiedad social o TAS

### **RESUMO**

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) têm se mostrado eficazes no tratamento de transtorno de ansiedade social (SAD). Recentemente, tem havido outras terapias baseadas em atenção plena ou Mindfulness (TBM), que atingiram um semelhante ao acima para a doença eficazmente. Esta revisão tem como objetivo identificar e comparar o mediador variáveis mudam ambas as terapias no TAS. Os resultados mostram que ambos partilham muitos desses mecanismos, ou não directamente abordada por eles. Especificamente: reavaliação cognitiva, habilidades mindfulness, o foco de atenção, mudar em distorções e preconceitos cognitiva superestimação da probabilidade de eventos negativos. Discute-se estes mecanismos podem, por sua vez, mediada pelo processo de desfusão, e os possíveis impactos observado no progresso do tratamento.

**Palavras-chave:** Mindfulness, Terapia cognitivo-comportamental, Transtorno de ansiedade social ou TAS

### **INTRODUCCIÓN**

En esta revisión, pretendemos conocer las variables que median la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y de las terapias basadas en mindfulness (TBM) en el tratamiento del trastorno de ansiedad social (TAS), con la intención de comprender los mecanismos de cambio de una y otra.

La Ansiedad Social se define en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5, como un trastorno de ansiedad en el que la persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser evaluado negativamente por los demás, causando malestar clínicamente significativo y deteriorando ámbitos sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento de la persona (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La prevalencia anual media (comparable en niños, adolescentes y adultos) de este trastorno en gran parte del mundo es de 0.5 a 2.0 % de la población; en Europa se estima la prevalencia anual de 2.3%, y en general se da más en mujeres que en hombres (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En cuanto a su curso, en la comunidad, aproximadamente el 30% de las personas experimenta remisión de los síntomas en un año, y el 50% en unos pocos años (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

A continuación, explicamos distintas propuestas de tratamiento del TAS desde la terapia de modificación de conducta. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) contempla tanto variables ambientales y de aprendizaje externas, como variables cognitivas internas del individuo, quien activamente interpreta el mundo. Estas variables se relacionan con el efecto que provocan a nivel emocional. Así, el tratamiento cognitivo-conductual del TAS, se centra en la conducta y en los pensamientos (animando a la persona a cambiar el contenido de estos para ser más realistas) con el objetivo de reducir la ansiedad.

Existen numerosos manuales protocolarizados de intervención cognitivo-conductual, desde los iniciales (Clark y Wells, 1995, citado en McCarthy, Hevey, Brogan y Kelly, 2013; Heimberg y Becker, 2002) hasta manuales más recientes (Rapee, Gaston y Abbott, 2009; Vera y Roldán, 2009). Éstos presentan el desarrollo de la terapia, sesión a sesión, tanto para el terapeuta como para el paciente; existiendo, incluso, manuales específicos complementarios para este (Stahl y Goldstein, 2010, citado en Goldin et al, 2016).

Estudios de metaanálisis de TCC en TAS han mostrado efectos significativos en la reducción de síntomas tras el tratamiento con respecto a grupos control, así como tamaños de efecto moderados-altos entre medidas de síntomas de TAS pre y post-tratamiento en grupos experimentales (Shikatani et al., 2014), con resultados mantenidos tras doce meses de seguimiento (McCarthy et al., 2013). A pesar de su eficacia, entre un 10-20% de las personas tratadas con TCC abandonan la terapia, porcentaje equivalente al abandono en el tratamiento farmacológico (Brady y Whitman, 2012).

Fruto de la evolución de las terapias convencionales y del surgimiento de nuevas formas de acercamiento a la psicopatología y el tratamiento, aparecen a finales del siglo XX las conocidas como terapias de tercera generación. Dentro de ellas, el Mindfulness o Atención Plena (AP) nace como disciplina científica hacia 1990, de la mano de Jon Kabat-Zinn. Su práctica cultiva la meditación, la

atención plena, la actitud de aceptación (de las emociones, sensaciones, estados corporales y ambiente), apertura y compasión, propagando un modo de vida que se sustenta en el ser y estar en cada momento, y no en el hacer. Con este autor, surgen programas aplicados como el MBSR o Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (Kabat-Zinn, 2004), y variaciones más tardías como la TCBM o Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, que combina componentes de mindfulness y de terapia cognitiva, cuyos autores más representativos son Segal, Williams y Teasdale (Segal, Williams y Teasdale, 2008).

Por otro lado, con un claro origen conductista, emergen las terapias de aceptación y compromiso (ACT). Éstas se centran en los valores de vida como brújula de orientación, más el compromiso con la acción en la dirección valiosa. Con el tiempo, las ACT integran elementos de mindfulness, resultando el modelo Hexaflex (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014). Un ejemplo como resultado de esta integración es la TGMA (Terapia Grupal de Mindfulness y Aceptación).

Puesto que el TAS se caracteriza por sesgos atencionales y emocionales, así como pensamientos negativos sobre uno mismo, son muy numerosas las investigaciones y propuestas para tratar este trastorno con programas de mindfulness o incluir algunos de sus elementos en terapias más convencionales (e.g. Cassin y Rector, 2011).

En cuanto a sus resultados, estas intervenciones TBM han demostrado su efectividad en el tratamiento de ansiedad y depresión (Hofmann et al., 2010), así como en el tratamiento del TAS (Vøllestad, Nielsen y Nielsen, 2012). Desde este enfoque, se enseña a los pacientes a aceptar la ansiedad sin el objetivo específico de reducirla, así como a identificar los pensamientos sin juzgarlos, des-literalizándolos y des-identificándose de ellos (defusión), y disminuyendo la rumiación (Shikatani et al., 2014) lo cual se relaciona con menores síntomas de ansiedad y depresión (Hofmann et al., 2010). Asimismo, se ha comprobado que el MBSR mejora la atención auto-centrada, lo que cambia las visiones sociales distorsionadas tan arraigadas en el TAS (Goldin, Ramel y Gross, 2009). También se conoce evidencia neural sobre los cambios que produce este programa (Goldin, Manber, Hakimi Canli y Gross, 2009; Goldin, Manber Ball, Werner, Heimberg y Gross, 2009; citados en Goldin y Gross, 2010).

En definitiva, las TCC y las TBM han demostrado ser efectivas en el tratamiento del TAS. Numerosos estudios han planteado comparaciones de eficacia entre programas de los dos enfoques. Centrándose en la TGMA y la TCCG, Kocovski, Fleming, Hawley, Huta y Antony (2013) concluyen que ambas consiguen mejoras igualmente significativas, que se mantienen tras tres meses de seguimiento. Igualmente, Piet, Hougaard, Hecksher y Rosenberg (2010) comparan la TCBM y la TCCG en adultos jóvenes con TAS, observando tamaños del efecto de moderados a altos, sin diferencias significativas entre ellos.

Partiendo de estos datos, nos vemos motivados a exponer con detalle y contrastar los resultados encontrados en los distintos artículos revisados. En concreto, nuestra pregunta de investigación sería: ¿qué variables median los cambios producidos por las TCC y las TBM en el tratamiento del TAS? Realizamos esta búsqueda, motivados por el objetivo de contribuir en la medida de lo posible a una terapia cada vez más efectiva para tratar a las personas que sufren este trastorno.

Debido a la variedad de las terapias que aparecen en los artículos, presentamos un glosario con las siglas y el significado de estas para facilitar la comprensión al lector (ver Anexo 1).

## MÉTODO

La búsqueda se realizó siguiendo las indicaciones de los Seminarios de metodología de revisiones sistemáticas y metaanálisis impartidos en la facultad de Psicología de la UGR, así como recomendaciones de la tutora del presente TFG. Las bases de datos utilizadas fueron principalmente Scopus y Psycinfo, más búsquedas adicionales en la plataforma ProQuest y Google Scholar. Además, se consultaron libros y manuales de referencia para enmarcar los constructos más generales, y se añadieron algunos artículos recomendados por expertos consultados.

Las palabras clave empleadas fueron “social anxiety disorder” o “social phobia” o “SAD”, “mindfulness” y “cognitive behavioural therapy” o “CBT”. En español, se tradujeron estas palabras como “trastorno de ansiedad social” o “fobia social”, “mindfulness/atención plena” y “terapia cognitivo-conductual”. Fueron combinadas de distintos modos, con el propósito de encontrar tanto artículos cuyo contenido abarcase los dos tratamientos, como artículos centrados en una u otra terapia. Adicionalmente, el filtro se abrió a revisiones sistemáticas y metaanálisis para asegurar la no existencia de una revisión de iguales características, así como para conocer información actualizada de interés.

Los criterios de inclusión estipulados previamente fueron los siguientes: (a) estudios empíricos presentes en revistas de alto impacto; (b) publicados desde el año 2010 hasta el momento de la búsqueda; (c) con muestras de población adulta. Por su parte, los criterios de exclusión rechazaron aquellos artículos no escritos en español o inglés.

La búsqueda se realizó entre los meses de marzo y abril de 2016, y mostró 73 resultados. 52 artículos fueron excluidos por diversos motivos: no cumplían los criterios de inclusión, estaban duplicados, comparaban alguna de las terapias de interés con otra terapia fuera de nuestro objetivo, o la muestra elegida presentaba alguna otra patología más severa. 21 artículos fueron elegidos para lectura completa. De ellos, 7 se seleccionaron para la confección de los resultados y la tabla, y se presentan a continuación.

## RESULTADOS

Los estudios empleados en esta revisión sistemática proponen distintas variables como posibles mecanismos que participan en el tratamiento del TAS, mediante las terapias cognitivo-conductuales (TCC) y/o las terapias basadas en mindfulness (TBM). En concreto las variables mediadoras estudiadas han sido: reevaluación cognitiva, mindfulness, aceptación, temor a la evaluación negativa, conductas de seguridad, sesgos cognitivos, atención auto-centrada y defusión. Además se presenta un último trabajo que evalúa los cambios en actividad neuronal explicativos del cambio emocional provocado por la Terapia de

Mindfulness. Las características principales de estos estudios, así como sus principales resultados, se recogen en la Tabla 1.

El estudio de Kocovski, Fleming, Hawley, Ho y Antony (2015) está principalmente dirigido a contestar las siguientes preguntas: ¿se dan realmente cambios significativos en las variables directamente tratadas con los tratamientos dirigidos a ellas, esto es, cambios en reevaluación cognitiva con TCCG y cambios en Mindfulness y Aceptación con TGMA? y, ¿son estos cambios los responsables del cambio en los síntomas del TAS? Los autores comparan dos terapias cuya eficacia por separado han sido probadas en estudios anteriores: la TCCG (Heimberg y Becker, 2002) y la TGMA (Fleming y Kocovski, 2009). Los autores encuentran cambios significativos post-tratamiento y seguimiento en las dos variables mediadoras: reevaluación cognitiva y mindfulness, y estas variables median los cambios en los síntomas de TAS. Sorprendentemente esto ocurre en ambas terapias, aunque la reevaluación cognitiva alcanza niveles superiores en la terapia que la aborda directamente (que sin embargo se igualan en el seguimiento).

Contrariamente a los autores anteriores, Burton, Schmertz, Price, Masuda y Anderson (2013), no encuentran este efecto mediador entre Mindfulness y la respuesta al tratamiento con exposición (en vivo grupal o individual a través de realidad virtual) en pacientes con TAS en los que el mayor temor era hablar en público. Los niveles de mindfulness se mantienen altos durante el tratamiento, sin cambios significativos, mientras que el temor a la evaluación negativa disminuye significativamente tanto en el post-tratamiento como a los tres meses. Sin embargo, sí encuentran una asociación significativa negativa entre los niveles de mindfulness y el temor a la evaluación negativa en los tres puntos de evaluación.

Estos resultados llevan a que algunos de los autores anteriores (Morgan, Price, Schmertz, Johnson, Masuda, Calamaras y Anderson, 2014), den un paso más en el estudio de la posible relación mediadora, evaluando si los niveles de mindfulness median de manera *indirecta* en la respuesta al tratamiento cognitivo conductual tradicional a través de su relación con procesos cognitivos, en concreto, con los sesgos cognitivos propios de la ansiedad: la sobreestimación de la probabilidad de acontecimientos negativos y sus consecuencias catastróficas.

Tal como esperan (ver Tabla 1), pacientes con mayores niveles de mindfulness previo al tratamiento, disminuyen más y más rápido (medición a mitad del tratamiento) el sesgo de sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia, y por consiguiente, los síntomas del TAS (miedo a evaluación negativa, aprehensión comunicativa y confianza comunicativa). Sin embargo, los cambios en mindfulness no predicen mejoras significativas en el sesgo de catastrofización de las consecuencias temidas.

Puesto que la atención auto-centrada es una variable importante en el desarrollo y mantenimiento del TAS, Donald, Abbott y Smith (2014), comparan dos programas cuya eficacia había sido probada en estudios previos: Entrenamiento en Atención Plena Grupal (EAPG) (Abbott, Gaston, Correia y Rapee, 2006), y el tratamiento de Terapia Cognitiva Grupal (TCG) (Rapee,

Gaston y Abbott, 2009). El primero, se centra en la reeducación de la atención en la tarea presente, a través de una serie de tareas atencionales, además incluye algunos componentes de los programas de mindfulness que tienen este mismo objetivo (meditación en el escáner corporal, pausas establecidas diariamente de atención a la respiración durante 3 minutos, etc.). El segundo, se centra exclusivamente en corregir los sesgos cognitivos de sobreestimación de la probabilidad y catastrofismo, así como otras creencias e inferencias evaluativas irracionales. Ninguno utiliza técnicas de exposición.

Los autores concluyen que la focalización de la atención en la tarea presente (o reducción de atención auto-centrada), es un importante mecanismo de mejora de síntomas de TAS, tanto en el EAPG (que la trata directamente), como en la TCG (que no la incluye explícitamente), con efectos más acentuados en la primera tanto en el post como en el seguimiento, aunque en ambos grupos continuó dicha mejoría en el tiempo. Por su parte, la reducción de la preocupación y aprehensión por la evaluación negativa de los demás (medida con B-FNE-S) se redujo significativamente en ambos tratamientos, pero, curiosamente fue superior en el grupo EAPG en el post-tratamiento, aunque se igualaron en el seguimiento.

Como hemos adelantado, otra variable propuesta es la defusión. Hayes-Skelton y Graham (2013) proponen en su estudio que la defusión explicaría las mejoras producidas por la reevaluación cognitiva y la variable mindfulness en el tratamiento del TAS. En una muestra no clínica de 1097 personas, encuentran una asociación significativa positiva entre la variable defusión, y los niveles de mindfulness y de reevaluación cognitiva, y de forma negativa con los síntomas de ansiedad social (ver Tabla 1).

El estudio más reciente incluido en nuestra revisión compara los resultados de TCCG y MBSR. Sus autores, Goldin, Morrison, Jazaieri, Brozovich, Heimberg y Gross (2016) analizan la eficacia de ambos tratamientos con un ensayo aleatorizado controlado de 108 personas con TAS. La TCCG incluía reestructuración cognitiva y exposición y seguía el manual protocolarizado diseñado por Heimberg y Becker (2002). La terapia de Mindfulness (MBSR) seguía el manual de Jon Kabat-Zinn sin el día de retiro pero de igual contenido y duración al incluirlo en cuatro sesiones más (12 vs 8). Se incluyeron como variables dependientes todas las señaladas previamente (reevaluación cognitiva, distorsiones cognitivas, niveles de mindfulness, localización de la atención, defusión), más la auto-eficacia percibida, la evitación y la rumiación. Los dos tratamientos fueron igual de eficaces, mejorando significativamente todas las variables de ansiedad social (ver Tabla 1) con respecto al grupo control. Las mejoras significativas encontradas, se mantienen tras un año de seguimiento.

Los mecanismos potenciales del cambio comunes de TCCG y de MBSR encontrados, son el aumento de la reevaluación cognitiva, las habilidades de mindfulness, el control atencional, y la reducción de comportamientos de seguridad, distorsiones cognitivas y rumiación. Es sorprendente una vez más que la mejora en reevaluación cognitiva, la reducción de la evitación y de las distorsiones cognitivas medie al mismo nivel con ambas terapias (pues el MBSR no las trata explícitamente). Ocurre lo mismo con el control atencional, los niveles

de mindfulness y la rumiación, explícitamente trabajadas por la MBSR pero no por la TCC. Las únicas variables mediadoras diferenciadoras comparando los tratamientos entre sí fueron el aumento de auto-eficacia y la disminución de las conductas de evitación para la TCC versus el MBSR, aunque en los dos grupos cambiaron de forma significativa con respecto al grupo control.

Hasta el momento, los estudios presentados emplean exclusivamente técnicas de autoinforme. Sin embargo, el estudio de Goldin y Gross (2010), usa además técnicas conductuales y de resonancia magnética para analizar los efectos del MBSR. Los autores encuentran resultados significativos en todas las medidas de cambio utilizadas (ver Tabla 1). El resultado más interesante tiene que ver con una tarea en la cual los participantes reaccionan ante pensamientos negativos propios, utilizando según se les pida, la estrategia de atención centrada en la respiración (entrenada en el MBSR), o la estrategia de distracción, mientras se registra la actividad con neuroimagen. Se comprueba que la estrategia de atención en la respiración reduce la experiencia de emoción negativa, disminuye la actividad de la amígdala, y aumenta la actividad de zonas del cerebro implicadas en la atención, después del tratamiento.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados encontrados tras el análisis de los artículos presentados en esta revisión, demuestran que tanto las TCC como las TBM son eficaces en el tratamiento del TAS y que estas mejorías se mantienen incluso un año más tarde (Goldin et al., 2016). Así mismo, a pesar de dirigirse a mejorar distintos procesos relevantes en el TAS, comparten numerosos mecanismos de cambio, que podrían explicar buena parte de la eficacia similar conseguida. Así, tanto la reevaluación cognitiva como las habilidades de mindfulness parecen ser importantes mecanismos de cambio en ambas terapias (Goldin et al. 2016; Kokovski et al., 2015).

Sin embargo, también es cierto que este efecto mediador no ha sido encontrado en todos los estudios revisados (Burton et al., 2013). Esta aparente contradicción podría ser, en parte, explicada por el empleo en este estudio de una medida evaluativa diferente a la de los autores anteriores. El autoinforme utilizado por Burton et al. (2013) para medir mindfulness fue MAAS. Este instrumento evalúa únicamente la atención al momento presente, sin considerar otros aspectos propios del mindfulness, como la ecuanimidad, la apertura y la aceptación. Por ello, es probable que habiendo empleado otro instrumento, sí hubiesen encontrado el efecto mediador encontrado por los autores que han empleado FFMQ o FMI (Kokovski et al., 2015; Hayes-Skelton et al., 2013; Goldin et al., 2016). Además, los propios autores informan que, en su estudio, la muestra presentaba niveles previos de mindfulness más altos que los que se suelen encontrar en población clínica, razón que puede explicar que no aumentaran mucho más durante el tratamiento.

Por su parte, Morgan et al. (2014), utilizando también el MAAS, sí encuentran una relación mediadora indirecta entre mindfulness y la disminución de los síntomas del TAS, a través de la disminución en el sesgo de sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de acontecimientos negativos. Los autores señalan que precisamente el incremento de la atención en el

momento presente sería contrario a la anticipación de eventos futuros, disminuyendo de esta manera dicho sesgo. Sin embargo, la catastrofización de las consecuencias terribles si una situación temida se diese, se mantiene. De nuevo, pensamos que el empleo de otro instrumento más amplio de mindfulness podría haber encontrado también un efecto mediador entre mindfulness y reducción de los síntomas de TAS a través de la reducción del sesgo de catastrofización.

La atención plena como capacidad de regulación atencional ha sido evaluada específicamente por algunos autores (Donald et al., 2014; Goldin et al., 2016). Efectivamente, se ha encontrado que el cambio de la atención auto-referida a una atención centrada en la tarea presente, media en las mejoras conseguidas tanto con EAPG como con TCG sobre los síntomas de TAS. Y esto aún cuando los dos estudios mencionados utilizaron procedimientos diferentes; así Donald et al. (2014) en la reeducación de la atención, introdujo un adiestramiento en tareas atencionales además de las prácticas propias de Mindfulness, mientras que Goldin et al. (2016), siguió el programa clásico de MBSR.

Los cambios atencionales producidos por las terapias de Mindfulness se han estudiado, además de con instrumentos subjetivos, con técnicas de resonancia magnética (Goldin y Gross, 2010). Los autores encontraron el aumento de la actividad de zonas atencionales tras el tratamiento, así como una disminución de la actividad de la amígdala, lo que mejoraba el control atencional y facilitaba una mayor regulación emocional. Estos datos son coherentes con los encontrados en estudios anteriores (Goldin, Manber, Hakimi Canli y Gross, 2009; Goldin, Manber Ball, Werner, Heimberg y Gross, 2009; citados en Goldin y Gross, 2010).

Por su parte, Hayes-Skelton y Graham (2013) proponen la defusión como un mecanismo mediador común de cambio tanto en atención plena como en reevaluación cognitiva. El cambio encontrado en ambas variables tanto en TCC como en TBM, se explicaría por el fomento de la defusión de manera indirecta (a través del debate, en TCC) o directa (a través de la contemplación de los pensamientos como eventos mentales pasajeros). Este hallazgo sin embargo, se sustenta sobre un estudio de diseño transversal con una muestra no clínica. Por lo tanto, no podemos saber si los resultados encontrados durante la aplicación de las terapias en población con TAS serían los mismos.

Sin embargo, Goldin et al. (2016) sí utilizan una muestra clínica (n=108); y, una vez más, resulta sorprendente que la mayoría de las variables, propuestas como explicativas del cambio clínico tanto por las TCC como por las TBM (incluida la defusión), mediaran los cambios producidos por ambas sobre los síntomas del TAS, fueran o no abordadas directamente por dichas terapias. Sólo el análisis estadístico en el que se comparaban específicamente los dos grupos de tratamiento arrojó mayores cambios en aumento de la auto-eficacia y en la disminución de las conductas de seguridad en el grupo de terapia cognitiva, que las aborda directamente.

En cuanto a las limitaciones encontradas, hemos de señalar las variedades de TBM aplicadas (TGMA, EAPG y MBSR), que si bien comparten

características básicas, diferencias sutiles podrían modificar la actuación de los mecanismos señalados. Además, hemos de interpretar los resultados en el marco de las terapias grupales (tanto las TBM como las TCC revisadas), pudiendo tener otros efectos en tratamientos individuales.

Por otro lado, el tipo de estudios encontrados ha sido muy variado tanto en diseño como en instrumentos evaluativos utilizados. Además, las propias limitaciones de cada estudio (muestras pequeñas, trastornos comórbidos, abandono de tratamiento), como las peculiaridades de los programas (duración del mismo, distintos instructores por grupo, práctica diaria para casa, no seguimiento o muy cortos, etc.), dificulta la comparación entre sus resultados.

Como conclusión, ante la pregunta inicial, ¿qué mecanismos de cambio subyacen a las TCC y las TBM?, a la vista de los resultados analizados, podemos señalar que estos dos enfoques, aparentemente muy distintos, actúan a través de numerosos mecanismos compartidos, que mejoran los síntomas del TAS. Concretamente, los mecanismos comunes más frecuentemente encontrados han sido: la reevaluación cognitiva, las habilidades de mindfulness, la focalización de la atención, el cambio en las distorsiones cognitivas y en los sesgos de sobrestimación de la probabilidad de eventos negativos. Pudiera ser que estos mecanismos explicativos estuviesen, a su vez, explicados por un proceso de defusión cognitiva. Son necesarios estudios experimentales que comprueben esta hipótesis.

Por último, hemos de enfatizar que las TBM y las TCC se han aplicado de forma independiente en los estudios analizados y, puesto que comparten muchos mecanismos de cambio, la pregunta que surge es: ¿aumentaría la integración de ambas terapias la eficacia del tratamiento? Aunque los resultados que hemos encontrado sugieren que sí, no se puede asegurar, pues no existe aún evidencia empírica que lo demuestre. Pensamos que se hace muy necesaria dicha investigación, para continuar avanzando en el tratamiento del TAS y en la salud y calidad de vida de las personas que lo sufren.

## BIBLIOGRAFÍA

Abbott, M., Gaston, J., Correia, H. & Rapee, R. (2006). *6 Session Group Attention Training Program for Social Phobia: therapist manual and client worksheets*. Macquarie University.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5a. Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría

Brady, V. P., & Whitman, S. M. (2012). An Acceptance and Mindfulness-Based Approach to Social Phobia: A Case Study. *Journal of College Counseling*, 15(1), 81-96.

Burton, M., Schmertz, S. K., Price, M., Masuda, A., & Anderson, P. L. (2013). The relation between mindfulness and fear of negative evaluation over

the course of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, 69(3), 222-228.

Cassin, S. E., & Rector, N. A. (2011). Mindfulness and the attenuation of post-event processing in social phobia: an experimental investigation. *Cognitive behaviour therapy*, 40(4), 267-278.

Donald, J., Abbott, M. J., & Smith, E. (2014). Comparison of attention training and cognitive therapy in the treatment of social phobia: a preliminary investigation. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(01), 74-91.

Fleming, J. & Kokovski, N. L. (2007; revised 2009). *Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: A treatment manual* (unpublished manuscript).

Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83.

Goldin, P. R., Morrison, A., Jazaieri, H., Brozovich, F., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2016). Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(5), 427.

Goldin, P., Ramel, W., & Gross, J. (2009). Mindfulness meditation training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 242.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brower.

Hayes-Skelton, S., & Graham, J. (2013). Decentering as a common link among mindfulness, cognitive reappraisal, and social anxiety. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(03), 317-328.

Heimberg, R.G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York, NY: Guilford Press.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169.

Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con Plenitud las Crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.

Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Ho, M. H. R., & Antony, M. M. (2015). Mindfulness and acceptance-based group therapy and traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Mechanisms of change. *Behaviour research and therapy*, 70, 11-22.

Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Huta, V., & Antony, M. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 51(12), 889-898.

Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 276-289.

McCarthy, O., Hevey, D., Brogan, A., & Kelly, B. (2013). Effectiveness of a cognitive behavioural group therapy (CBGT) for social anxiety disorder: immediate and long-term benefits. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 6, e5 doi:10.1017/S1754470X13000111

Morgan, J. R., Price, M., Schmertz, S. K., Johnson, S. B., Masuda, A., Calamaras, M., & Anderson, P. L. (2014). Cognitive processes as mediators of the relation between mindfulness and change in social anxiety symptoms following cognitive behavioral treatment. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27(3), 288-302.

Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S., & Rosenberg, N. K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 403-410.

Rapee, R.M., Gaston, J. & Abbott, M. (2009). Testing the efficacy of theoretically-derived improvements in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 317-327.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena*. Bilbao: Desdee de Brouwer.

Shikatani, B., Antony, M. M., Kuo, J. R., & Cassin, S. E. (2014). The impact of cognitive restructuring and mindfulness strategies on postevent processing and affect in social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 570-579.

Vera, M.N. & Roldán G.M. (2009). *Ansiedad social. Manual práctico para superar el miedo*. Madrid: Pirámide

Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness-and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 239-260.

**Tabla 1**

<b>Estudio, año y número de participantes</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Tipo de terapia, duración y procedimiento</b>	<b>Variables dependientes, instrumentos de medida (1) y puntos de medición</b>	<b>Principales resultados</b>
<p>-Kocovski, Fleming, Hawley, Ho &amp; Antony, 2015</p> <p>-N=69</p> <p>-Edad media: 34 años</p> <p>-54% mujeres</p>	<p>-Estudiar las variables de Reevaluación Cognitiva, niveles de Mindfulness y Aceptación como posibles mecanismos de cambio en la Terapia Cognitivo-Conductual Grupal (TCCG) y la Terapia Grupal de Atención plena y Aceptación (TGMA) para el tratamiento del TAS.</p>	<p>Terapias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-TCCG</li> <li>-TGMA</li> </ul> <p>Duración: 12 semanas. 2 horas semanales.</p> <p>Procedimiento: ensayo aleatorizado controlado</p>	<p>Instrumentos y variables dependientes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-SPIN (Ansiedad Social)</li> <li>-ERQ (Reevaluación cognitiva)</li> <li>-FMI (Mindfulness)</li> <li>-SA-AAQ (Aceptación)</li> </ul> <p>Puntos de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pre-tratamiento</li> <li>-Mitad (6 semanas)</li> <li>-Post-tratamiento (12 semanas)</li> <li>- 3 meses después</li> </ul>	<p>-El impacto del cambio en reevaluación cognitiva (aumento en ERQ) sobre la ansiedad social (disminución de SPIN), aunque significativo en ambas terapias, es superior en la TCCG que en la TGMA, aunque estas diferencias se igualan en el seguimiento.</p> <p>-Se obtienen cambios bidireccionales significativos entre la atención plena (aumento de FMI) y la ansiedad social (SPIN) en ambas terapias de forma similar, en el post y en el seguimiento.</p> <p>-Por último, se observan cambios bidireccionales significativos entre aceptación (aumento de SA-AAQ) y ansiedad social (disminución de SPIN), en ambos puntos de medición, aunque limitaciones del modelo de análisis multigrupal no permiten comparaciones entre grupos en esta variable.</p>
<p>-Burton, Schmertz, Price,</p>	<p>-Analizar la relación entre</p>	<p>Terapias:</p>		<p>-Los niveles de atención plena (puntuaciones en MAAS) no</p>

<p>Masuda y Anderson, 2013</p> <p>-N= 65</p> <p>-Edad media= 40. DE= 12</p> <p>-61% mujeres</p>	<p>niveles de mindfulness previos al tratamiento y el miedo a la evaluación negativa con el objetivo de analizar si pacientes con más alto nivel, se benefician más de un tratamiento no basado en mindfulness (TCC)</p>	<p>·TCC con exposición real (hablar en público)</p> <p>·TCC con exposición virtual (hablar en público)</p> <p>Duración: 8 semanas.</p> <p>Procedimiento: ensayo aleatorizado controlado</p>	<p>Instrumentos y variables:</p> <p>·BFNE (miedo a evaluación negativa)</p> <p>·MAAS (atención plena)</p> <p>Puntos de medición:</p> <p>·Pre-tratamiento</p> <p>·Post-tratamiento</p> <p>·3 meses después</p>	<p>cambiaron significativamente en ninguno de los tres puntos de medición.</p> <p>-Los dos tipos de exposición disminuyeron significativamente el temor a la evaluación negativa, manteniéndose en el seguimiento.</p> <p>-Sin embargo, sí se encontró una relación negativa significativa entre atención plena (MAAS) y temor a la evaluación negativa (BFNE) en los tres puntos de evaluación.</p>
<p>-Morgan, Price, Schmertz, Johnson, Masuda, Calamaras y Anderson, 2014</p> <p>-N=67</p> <p>-Edad media= 39.09. DE= 11.27</p> <p>-60% mujeres</p>	<p>-Conocer si los niveles previos de mindfulness ejercen algún efecto indirecto sobre los síntomas del TAS siguiendo un tratamiento TCC, e identificar en su caso los procesos cognitivos</p>	<p>Terapias:</p> <p>·TCC con exposición real (hablar en público)</p> <p>·TCC con exposición virtual (hablar en público)</p>	<p>Instrumentos y variables:</p> <p>·BFNE (miedo a evaluación negativa)</p> <p>·PRCA (aprehensión comunicativa)</p> <p>·PRCS (confianza comunicativa)</p> <p>·MAAS (mindfulness)</p>	<p>-No hubo diferencias en la respuesta al tratamiento entre las dos condiciones de exposición (datos informados en Anderson et al., 2013), por lo que se unieron los datos de ambas condiciones, encontrándose:</p> <p>-Resultados significativos en la asociación negativa entre puntuaciones en MAAS y puntuaciones en OPQ; igualmente significativos entre las</p>

	mediadores responsables.	<p>Duración: 8 semanas.</p> <p>Procedimiento: ensayo aleatorizado controlado</p>	<p>·OPQ (probabilidad de consecuencias)</p> <p>·OCQ (coste de consecuencias)</p> <p>Puntos de medición:</p> <p>·Pre-tratamiento</p> <p>·Mitad de tratamiento (4 semanas)</p> <p>·Post-tratamiento</p>	<p>puntuaciones OPQ y BFNE, y, finalmente, resultó significativo el efecto indirecto de las puntuaciones del MAAS sobre las de BFNE a través de las puntuaciones OPQ (con un nivel de probabilidad &lt;0.001). Resultados similares se encontraron con las variables PRCA y PRCS. Estos resultados se mantuvieron en el seguimiento.</p> <p>-Sin embargo, la otra vía: mediación a través de las consecuencias catastróficas o probabilidad de coste (OCQ), no resultó significativa. A pesar de que la catastrofización resultó ser una variable importante en las variables de TAS: niveles de significatividad entre OCQ y tanto BFNE como OPQ.</p>
<p>-Donald, Abbott y Smith, 2014</p> <p>-N=30</p> <p>-Edad media= 28. DE= 7</p> <p>-57% mujeres</p>	<p>-Comparar la eficacia del Entrenamiento en Atención Plena Grupal (EAPG) y la Terapia Cognitiva Grupal (TCG) en el</p>	<p>Terapias:</p> <p>·EAPG</p> <p>·TCG</p>	<p>Instrumentos y variables:</p> <p>·SPAI (síntomas de TAS)</p> <p>·DASS-21 (subescala depresión)</p>	<p>-Los síntomas de TAS (SPAI) disminuyeron significativamente desde el pre-tratamiento al post-tratamiento de forma similar con ambas terapias, continuando con esta mejora en el seguimiento.</p> <p>-Se dieron cambios significativos en atención auto-centrada (SFA) tanto</p>

	tratamiento de TAS.	<p>Duración: 6 semanas. 1.5-2 horas semanales.</p> <p>Procedimiento: ensayo aleatorizado</p>	<p>·SFA (atención auto-centrada)</p> <p>·B-FNE-S (miedo a evaluación negativa)</p> <p>·SAR (ansiedad previa al discurso)</p> <p>Puntos de medición:</p> <p>·Pre-tratamiento</p> <p>·Post-tratamiento</p> <p>·3 meses después</p>	<p>en el post como en el seguimiento en los dos grupos, aunque significativamente superior en el grupo EAPG con respecto al de TCG, en el post. En el seguimiento, sólo análisis de estadísticos de ITT (Intención de Tratamiento) siguieron mostrando diferencias significativas entre ambos grupos.</p> <p>-Igualmente, ambos tratamientos produjeron disminuciones significativas en el temor a la evaluación negativa (B-FNE-S), aunque significativamente superiores en el grupo EAPG con respecto al de TCG en el post, estas diferencias se igualaron en el seguimiento.</p> <p>-La depresión (medida con DASS-21) no mejoró del pre-tratamiento al post-tratamiento, pero sí lo hizo en el seguimiento de 3 meses, en ambas terapias.</p> <p>-Se obtuvo una reducción significativa de la ansiedad previa al discurso (SAR) similar con ambos tratamientos.</p>
-Hayes-Skelton y Graham, 2013	-Conocer la relación entre	Procedimiento: diseño transversal	Instrumentos variables:	-Se encuentra que los cambios en niveles de mindfulness (FFMQ) y

<p>-N= 1097</p> <p>-Edad media=26.58. DE= 9.4</p> <p>-71.8% mujeres</p> <p>-MUESTRA NO CLÍNICA</p>	<p>atención plena, reevaluación cognitiva, defusión y ansiedad social; estudiando la defusión como posible mecanismo a través del cual la atención plena y la reevaluación cognitiva consiguen mejoras en los síntomas del TAS.</p>		<p>·LSAS-SR (Ansiedad social)</p> <p>·FFMQ (Atención plena)</p> <p>·ERQ (Reevaluación cognitiva)</p> <p>·EQ (Defusión)</p>	<p>reevaluación cognitiva (ERQ) correlacionan significativamente, de forma positiva con niveles de defusión (EQ), y de forma negativa con síntomas de ansiedad social (LSAS-SR).</p> <p>-Las variables atención plena y reevaluación cognitiva correlacionan positivamente de manera significativa aunque moderada.</p> <p>-La defusión media una parte significativa de la relación entre la atención plena y ansiedad social, y explica toda la relación entre reevaluación cognitiva y ansiedad social.</p>
<p>-Goldin, Morrison, Jazaieri, Brozovich, Heimberg y Gross, 2016</p> <p>-N= 108</p> <p>-Edad media= 32.7 DE= 8</p> <p>-55.6% mujeres</p>	<p>-Comparar los resultados (eficacia y duración) conseguidos con Terapia Cognitivo Conductual Grupal (TCCG) y con MBSR, e identificar los mediadores potenciales de cambio en cada tratamiento.</p>	<p>Terapias:</p> <p>·TCCG</p> <p>·MBSR (sin día de retiro, con 4 sesiones adicionales)</p> <p>·Grupo control</p>	<p>Instrumentos y variables:</p> <p>·LSAS-SR (ansiedad social)</p> <p>·ERQ (reevaluación cognitiva y auto-eficacia)</p> <p>·SAFE (evitación sutil)</p>	<p>-Se encontraron mejoras significativas en síntomas de ansiedad social (LSAS-SR) con ambos tratamientos con respecto al grupo control, que se mantienen tras un año, sin diferencias significativas de eficacia.</p> <p>-Los mecanismos mediadores compartidos de la TCCG y el MBSR (en comparación con grupo control) fueron: aumento de puntuaciones en reevaluación cognitiva,</p>

		<p>Duración: 12 semanas. 2.5 horas semanales.</p> <p>Procedimiento: ensayo aleatorizado controlado</p>	<p>·CD-Quest (distorsiones cognitivas)</p> <p>·FFMQ (mindfulness)</p> <p>·ACS (control atencional)</p> <p>·RRS (rumiación)</p> <p>Puntos de medición:</p> <p>·Pre-tratamiento</p> <p>·post-tratamiento</p> <p>·1 año después (cada tres meses)</p>	<p>habilidades de mindfulness, control atencional, y reducción de comportamientos de seguridad, distorsiones cognitivas y rumiación.</p> <p>-Los mecanismos mediadores diferenciales encontrados en TCCG, fueron la reevaluación de auto-eficacia, y la evitación sutil o comportamientos de seguridad.</p> <p>-Por lo tanto, TCCG y MBSR actúan a través de numerosos mecanismos psicológicos compartidos, lo que podría explicar la eficacia similar conseguida.</p>
<p>-Goldin, &amp; Gross (2010)</p> <p>-N=14</p> <p>-Edad media= 35.2 años; DE= 11.9</p> <p>-64,29% mujeres</p>	<p>-Conocer los cambios producidos por el Programa de Reducción del Estrés Basado en Atención Plena (MBSR) en síntomas de TAS y en reactividad y regulación emocionales ante pensamientos negativos propios en pacientes con TAS, examinando</p>	<p>Terapia:</p> <p>·MBSR</p> <p>Duración: 8 semanas + retiro de medio día. 2.5 horas semanales.</p> <p>Procedimiento: medidas pre-post</p>	<p>Instrumentos, tareas, y variables dependientes:</p> <p>·LSAS (Ansiedad Social)</p> <p>·BDI-II (Depresión)</p> <p>·RSQ (Rumiación)</p> <p>·STAI-state (Ansiedad estado)</p> <p>·RSE (Autoestima)</p> <p>·RNSBT (reactividad y regulación emocional, con estrategia de</p>	<p>-El MBSR mejora síntomas de TAS: reduce ansiedad (LSAS), depresión (BDI-II), rumiación (RSQ) y ansiedad estado (STAI-state), y aumenta la autoestima (RSE) desde el pre-tratamiento al post-tratamiento.</p> <p>-El empleo de la estrategia de Atención centrada en la respiración disminuye significativamente la reactividad emocional ante la exposición a pensamientos propios negativos, en comparación con la Estrategia de distracción, tras el MBSR. Esto se corresponde con la</p>

	cambios neurales y comportamentales.		Atención centrada en la respiración y Estrategia de distracción  Puntos de medición: ·Pre-tratamiento ·Post-tratamiento	reducción significativa en la actividad de la amígdala ante pensamientos propios negativos, y el aumento de la actividad de zonas relacionadas con la atención.
--	--------------------------------------	--	---	---

(1): Instrumentos de medida: SPIN = The Social Phobia Inventory; ERQ= The Emotion Regulation Questionnaire; FMI= The Freiburg Mindfulness Inventory; SA-AAQ= The Social Anxiety-Acceptance and Action Questionnaire; LSAS= Liebowitz Social Anxiety Scale; BDI-II= Beck Depression Inventory-II; RSQ= Rumination Style Questionnaire; STAI-state= Spielberg State-Trait Anxiety Inventory; RSE= Rosenberg Self-Esteem Scale; RNSBT= Regulation of Negative Self-Beliefs Task; FFMQ= The Five Factor Mindfulness Questionnaire; EQ= The Experiences Questionnaire; BFNE= Brief Fear of Negative Evaluation; MAAS= Mindful Attention Awareness Scale; SPAI= Social Phobia Anxiety Inventory; DASS-21= Depression, Anxiety and Stress Scales; SFA= Self Focused Attention; SAR= Speech Anxiety Rating; SAFE= Subtle Avoidance Frequency Examination; CD-Quest= Cognitive Distortions Questionnaire; ACS= Attentional Control Scale; RRS= Ruminative Responses Scale; PRCA= Personal Report of Communication Apprehension; PRCS= Personal Report of Confidence as a Speaker; OPQ= Outcome Probability Questionnaire; OCQ= Outcome Cost Questionnaire

**Anexo 1.** Glosario y significado de siglas de variedades terapéuticas que aparecen en la revisión sistemática.

TCC: *Terapia(s) Cognitivo-Conductual(es)*

TCCG: *Terapia Cognitivo Conductual Grupal*

TCG: *Terapia Cognitiva Grupal*

TBM: *Terapia(s) Basada(s) en Mindfulness*

MBSR: *Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (Mindfulness-Based Stress Reduction)*

TCBM: *Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness*

TGMA: *Terapia Grupal de Mindfulness y Aceptación*

EAPG: *Entrenamiento en Atención Plena Grupal*

## **QUÉ CONSIDERAN BUENAS O MALAS PRÁCTICAS ÉTICAS DE LOS TERAPEUTAS UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA**

M<sup>a</sup> Inmaculada Torres Pérez<sup>1</sup>, Carmen del Río Sánchez, María Luisa Avargues Navarro, Jesús García Martínez y María Dolores Lanzarote Fernandez

Departamento de Personalidad, Evaluación y tratamiento Psicológicos.  
Universidad de Sevilla

### **RESUMEN**

El objetivo de este estudio es conocer la valoración ética de diferentes situaciones de la práctica profesional que hacen estudiantes de Psicología de la Universidad de Sevilla. 843 estudiantes del Grado de Psicología antes de recibir formación específica en Ética y Deontología Profesional (4<sup>a</sup> curso), completaron la versión española del cuestionario de Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987). Este incluye 83 conductas específicas del terapeuta y cubre una amplia gama de situaciones. Se pidió a los participantes que valoraran hasta qué punto consideraban ética cada una de esas conductas, mediante la escala likert utilizada en el estudio original. Nuestros resultados se compararon con los obtenidos en el estudio original realizado con profesionales y con el de del Río, Borda y Torres (2003) con estudiantes de Psicología. A pesar del relativo buen conocimiento ético que la mayoría de los participantes han mostrado respecto a muchas de las conductas descritas en el cuestionario, la valoración ética de otras plantea serias dificultades. Especialmente significativo fue el alto porcentaje de situaciones que implicaban un juicio difícil, con respuestas “no sé/no estoy seguro”. Se constata la necesidad de una adecuada y suficiente formación en Ética y Deontología en el pregrado de los estudios de Psicología.

Palabras-Clave: Ética y Deontología Profesional, Creencias y Conductas Éticas, Psicoterapia, Formación en Ética, Código Deontológico del Psicólogo.

### **INTRODUCCIÓN**

La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, en su informe: “Recommendations for teaching ethics for psychologists” (EFPA, 2001), considera que un adecuado conocimiento y sensibilidad ante las cuestiones éticas en la práctica profesional es un elemento necesario en la competencia de los psicólogos. Por ello recomienda que, en la formación en ética, se incluya un entrenamiento específico para identificar y evaluar las dimensiones éticas de las situaciones profesionales, para la gestión práctica de situaciones concretas, así como para utilizar un modelo de toma de decisiones éticas que facilite, a los futuros psicólogos, el adecuado abordaje de situaciones profesionales en las que los códigos no dicen nada explícitamente y, de aquellas en las que subyace un

---

<sup>1</sup> Correspondencia: M<sup>a</sup> Inmaculada Torres Pérez

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla

Camilo José Cela S/N. 41018 Sevilla

E-mail: mtorres9@us.es

conflicto entre normas incompatibles entre el Código y la Ley o incluso dentro del propio Código y que pueden entrar en colisión para un caso concreto (e.g. la obligación de mantenimiento del secreto profesional vs la obligación de protección a terceras personas).

Son pocos los estudios realizados que informen sobre el grado en el que los psicólogos consideran éticas o no éticas determinadas conductas profesionales, tanto las que están expresamente recogidas en los Códigos como aquellas que no lo están y que, por tanto, dependen del análisis que se haga en consideración de los Principios Éticos generales. El primer estudio empírico para comprobar la complacencia de los profesionales con las normas éticas, fue el de Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987), quienes diseñaron un cuestionario constituido por 83 conductas que se referían a temas tales como *confidencialidad, competencia, evitación de daños, evitación de explotación, respeto, consentimiento informado e igualdad social*. El cuestionario fue aplicado a 456 miembros de la división de Psicoterapia de la American Psychological Association (APA), encontraron que 12 de las 83 conductas fueron difíciles de valorar éticamente por los participantes, 13 se consideraron claramente no éticas y 39 se consideraron éticas con mayor frecuencia.

Por otra parte, Pomerantz y Grice (2001), compararon las diferencias en cuanto a la valoración ética de las 83 conductas del terapeuta por parte de un grupo de 148 profesionales del ámbito de la salud mental y 250 no profesionales (estudiantes de un curso universitario de Psicología). Estos autores realizaron un análisis factorial y consiguieron aislar 3 factores: “Relaciones duales no sexuales”, “Conductas asertivas o molestas del terapeuta” y “Relaciones duales sexuales”. Los resultados mostraron que los no profesionales consideraban más éticas que los profesionales las conductas englobadas en el factor “Relaciones duales no sexuales” y menos éticas las englobadas en el factor “Conductas asertivas y molestas del terapeuta”.

Del Río, Borda y Torres (2003) aplicaron el cuestionario a 191 estudiantes de Psicología antes de comenzar sus Prácticas Externas, y obtuvieron que 23 de las conductas del cuestionario plantearon un juicio ético más difícil, 21 que no se consideraron éticas por la mayoría de los respondientes y 15 se consideraron éticas con mayor frecuencia.

Más recientemente, Molina, Arch y Jarne (2012), analizaron el nivel de los conocimientos en ética y deontología que poseían 81 psicólogos forenses expertos en el ámbito de los procedimientos de familia. Para ello elaboraron un instrumento “ad-hoc” de 47 ítems, a partir de la adaptación al castellano de Pope et al (1987), realizada por del Río, Borda y Torres (2003) y el elaborado por Urra (2007). Con respecto a la valoración ética de las situaciones planteadas, encontraron que en ninguna de las situaciones había un acuerdo del 100%. No obstante, las valoraciones realizadas más acordes con las normas éticas estaban relacionadas con temas de *objetividad, informar y consentimiento informado*. Sin embargo, las que tuvieron más desacuerdo con las normas éticas estaban relacionadas con la *praxis, aspectos legales, honorarios, confidencialidad y relaciones duales*.

El principal objetivo de nuestro estudio fue conocer qué consideran buenas o malas prácticas éticas de los terapeutas una muestra de estudiantes de psicología. Es decir, qué valoración ética hacían, de 83 hipotéticas conductas que pudieran presentarse en la práctica profesional, 843 estudiantes de Psicología de la Universidad de Sevilla antes de recibir formación específica en

Ética y Deontología Profesional. Por otra parte, como un objetivo secundario, contrastar nuestros resultados con los obtenidos por Pope et al. (1987) en el estudio original, y con el de del Río, Borda y Torres (2003) con estudiantes de Psicología.

## **MÉTODO**

### *Participantes*

Para alcanzar los objetivos planteados participaron 843 estudiantes de Psicología, 664 (78,8%) mujeres y 179 (21,2%) hombres, de 4º y 3º curso que no habían recibido formación específica en Ética y Deontología Profesional. El cuestionario lo completaron voluntariamente y fue anónimo.

### *Instrumento*

El instrumento utilizado fue Cuestionario sobre creencias y conductas éticas de los psicólogos como terapeutas (Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel, 1987), adaptado al castellano (del Río, Borda y Torres, 2003). Se exponen 83 ítems que reflejan conductas profesionales con cinco categorías de respuesta: “Indiscutiblemente no”, “En raras circunstancias”, “No sé/ No estoy seguro”, “En algunas ocasiones”, e “Indiscutiblemente sí”.

### *Procedimiento*

Se pidió a los participantes que valoraran: “*hasta qué punto consideraban ética cada una de las 83 conductas*”, mediante la escala likert utilizada en el estudio original.

## **RESULTADOS**

Calculamos los porcentajes de todas las opciones de respuestas ante los distintos *ítems* en nuestro estudio. Los comparamos con los obtenidos en los estudios previos de Pope *et al* (1987) y el Del Río (2003), (véase Tabla 1) en la que se pueden apreciar las diferencias.

Tabla 1: Comparación de porcentajes de respondientes en cada categoría en el estudio Pope de Pope *et al.* (N=465), del Río (N= 191) y el actual (N=843)

Ítem	Incuestionablemente NO			En raras circunstancias			No sé/no estoy seguro/a			En algunas circunstancias			Incuestionablemente SI		
	Pope	del Río	Actual	Pope	del Río	Actual	Pope	del Río	Actual	Pope	del Río	Actual	Pope	del Río	Actual
1. Hacerse amigo de un antiguo paciente	6,4	5,7	14,1	51,1	39,8	43,1	13,4	23,6	17,9	21,9	15,2	21,9	6,8	5,8	3,0
2. No cobrar a un paciente por la terapia	4,6	27,2	18,1	25,2	51,3	50,9	14,5	15,2	9,8	24,8	4,7	19,0	29,6	0,5	1,9
3. Proporcionar terapia a uno de tus amigos	47,6	77,0	62,7	40,1	16,8	23,2	2,9	37	5,7	4,4	1,6	5,4	3,7	0,5	2,7
4. Anunciarse en periódicos o en otros medios similares	12,9	17,3	11,7	14,7	14,7	14,8	17,8	30,9	27,4	33,3	28,3	25,8	20,6	8,9	20,3
5. Limitar las anotaciones del tratamiento al nombre, la fecha y los honorarios	18,6	74,3	70,2	22,4	12,0	11,1	21,7	8,9	12,7	29,8	2,1	3,4	14,7	2,1	2,3
6. Elevar una queja ética (o denuncia) contra un colega	2,4	5,8	5,6	11,8	26,2	20,6	3,1	29,3	23,5	22,8	25,7	34	57,9	12,6	16
7. Decirle a un cliente que estas enfadado con él o ella	3,1	27,7	40	26,8	24,1	26,7	8,3	19,4	13,8	35,5	19,4	14,4	25,4	9,4	5
8. Utilizar un servicio de interpretación de tests computarizados	2,0	15,2	8,6	9,0	25,7	18,2	12,9	27,2	27	39,3	25,7	31,5	34,9	5,8	14,5
9. Abrazar a un cliente	4,6	16,8	15,2	41,2	39,3	34,3	8,3	23,0	14,6	35,5	16,2	29,8	9,2	4,7	6,2
10. Dar por finalizada la terapia si el cliente no puede pagar	12,1	37,7	27,6	27,4	29,3	26,5	15,4	22,0	27,7	32,7	5,8	12,4	11,0	4,2	5,6
11. Aceptar los servicios de un cliente en lugar de los honorarios habituales	22,6	67,5	55,7	39,3	21,5	21,6	14,5	7,9	14,7	16,0	3,1	7,1	6,4	0,0	1,4
12. Ver a un cliente menor de edad sin el consentimiento de sus padres	23,5	61,8	63,8	45,6	24,6	23,4	13,4	8,9	5,9	11,6	1,0	5,1	3,7	3,7	1,7
13. Hacer que los clientes completen los tests (por ej. el MMPI) en casa	20,2	64,4	63	25,9	17,3	21,5	19,5	12,6	9,3	22,1	4,2	4,3	10,1	1,0	1,8
14. Alterar un diagnóstico para cubrir los criterios de un seguro	37,3	73,3	87,8	28,9	17,8	7	16,0	7,3	11,4	14,9	1,0	0,7	2,0	0,0	0
15. Decirle a un cliente "me siento sexualmente atraído/a hacia Ud"	51,5	89,0	92,5	33,1	5,2	5	5,5	3,1	6,1	6,8	0,5	0,2	2,4	2,1	1
16. Negarse a dejar que los clientes lean sus anotaciones	14,5	14,1	11,9	28,3	14,1	12,4	14,9	14,7	19	21,5	14,1	14,7	16,0	42,4	41,4
17. Utilizar una agencia de cobros para satisfacer honorarios atrasados	5,0	43,5	32,1	15,1	18,8	20,9	15,6	30,9	36,7	35,5	3,1	6,5	27,4	3,1	3,7
18. Romper la confidencialidad si el cliente es un homicida	1,1	9,9	14	5,0	11,5	11,3	3,5	38,2	30,1	18,9	18,3	15,3	69,1	21,5	29,2
19. Realizar un trabajo forense por honorarios contingentes	35,5	8,4	29,8	11,0	4,2	7,3	29,9	44,5	47,2	7,0	2,6	4,7	10,3	2,1	1,4
20. Utilizar revelaciones personales como técnica terapéutica	2,2	31,4	29,1	17,1	34,0	30,7	7,9	18,8	13,4	43,0	12,0	21,9	29,2	3,7	4,8
21. Invitar a los clientes a un "día abierto" en el lugar de trabajo	28,9	22,5	24	25,7	17,3	17,4	23,2	44,5	44	12,1	8,9	10,5	8,3	1,0	2,6
22. Aceptar el regalo de un cliente valorado en más de 50 €	34,2	47,6	41,7	36,2	24,6	22,9	15,8	19,4	20,8	8,6	5,2	11,1	3,3	3,1	3,2
23. Trabajar cuando uno se encuentra demasiado estresado para ser efectivo.	46,7	41,4	43,9	38,4	37,2	36,4	8,6	12,6	11,3	4,4	7,3	6,4	1,3	0,5	1,7
24. Aceptar sólo clientes varones o mujeres.	11,0	85,3	82,9	16,2	7,3	8,1	18,6	3,1	5	16,9	1,0	2,1	34,6	2,1	1,8
25. No permitir que el cliente tenga acceso al informe de los tests	21,7	32,5	42,8	32,9	24,6	21	14,0	11,5	15,2	20,6	12,0	8,3	8,8	18,3	12,4
26. Elevar los honorarios durante el curso de la terapia	8,3	74,9	70,8	15,8	16,8	17,2	13,2	5,8	9,4	32,5	1,0	2,1	28,9	0,5	0,2
27. Romper la confidencialidad si el cliente es un suicida	2,0	13,1	19,4	10,1	15,7	17,3	5,5	35,1	26,7	23,5	19,9	17,2	57,5	15,7	19,3
28. No permitir a los clientes tener acceso a los datos brutos de un test	12,1	19,9	20,0	12,9	18,8	17,5	11,2	19,4	26,6	22,8	13,1	11,8	36,8	28,8	24,2
29. Permitir que un cliente acumule una gran cantidad de honorarios sin pagar	7,2	36,1	35,7	35,3	47,1	43,4	22,8	13,6	13,9	16,9	2,6	6,7	16,4	0,0	0,2
30. Aceptar bienes (en lugar de dinero) como pago	15,8	61,3	61,1	33,8	26,7	23,9	21,3	9,9	10,9	18,2	0,5	3,3	9,6	1,0	0,7
31. Utilizar sustitutos sexuales con los clientes	36,2	74,3	83,4	25,7	3,7	3,5	23,7	17,3	10,6	8,6	1,0	1,0	4,6	1,6	1,0
32. Romper la confidencialidad para informar sobre un abuso infantil	1,3	8,9	17,6	4,4	10,5	7,3	5,3	26,7	23,6	20,8	16,8	15,5	64,9	37,2	46,6
33. Invitar a los clientes a una fiesta o evento social	50,0	56,0	54,6	34,0	28,8	27,8	8,1	9,4	10,8	6,1	4,7	5,8	1,5	1,0	1,1
34. Tutear a los clientes	0,7	7,9	5,2	0,9	13,1	14,8	2,6	11,0	11,2	30,7	51,3	47,1	65,1	16,8	21,5
35. Llorar en presencia de un cliente	5,9	53,9	61,8	32,0	25,7	23,4	14,5	14,1	8,4	18,4	4,7	4,9	27,6	1,0	1,2
36. Percibir un salario que es un porcentaje de los honorarios del cliente	12,1	27,7	36,8	8,1	13,6	10,8	34,2	42,4	44,1	16,0	5,8	4,2	16,4	6,8	3,1
37. Pedir favores a los clientes (por ej. que nos acerque a casa)	27,0	68,1	70,8	45,2	26,2	22,4	12,3	4,2	4,3	10,1	1,0	2,0	4,4	0,0	0,2
38. Hacer una evaluación sobre custodia sin ver al niño	64,0	86,4	85,1	22,8	8,4	9,3	5,3	1,0	3,7	2,4	1,0	1,2	0,9	2,1	0,6
39. Aceptar la decisión de un cliente de cometer suicidio	45,2	81,7	84,6	36,6	4,7	4,6	8,8	8,4	7,4	4,8	2,6	1,5	2,9	2,1	3,2
40. Negarse a revelar un diagnóstico al cliente	21,5	48,7	57,9	43,2	33,5	24,6	13,2	8,9	9,3	13,4	5,2	6,5	6,8	2,6	1,5
41. Liderar un grupo de terapia nudista o grupos de "crecimiento"	59,6	32,5	30,4	16,4	15,2	12,0	14,9	36,6	42,6	3,9	11,0	8,9	2,9	4,2	12,0
42. Decirle a un cliente que nos ha decepcionado	19,7	42,4	57,3	37,1	34,0	24,1	18,0	11,5	9,0	15,4	9,4	7,9	7,9	2,6	1,5
43. Hablar sobre un cliente (sin decir nombres) con los amigos	32,9	41,4	36,8	38,6	26,2	28,5	13,8	14,1	12,2	9,4	14,1	18,5	4,6	4,2	4,0
44. Proporcionar terapia a un estudiante o supervisado tuyo	45,8	57,1	42,9	33,6	20,9	28,8	6,1	15,7	16,4	8,8	4,2	9,1	4,2	1,6	2,6
45. Hacerle regalos a aquellos que te deriven clientes	47,8	70,7	69,3	21,7	13,6	14,3	15,6	11,5	12	10,3	3,1	3,0	4,2	1,0	1,4
46. Utilizar los cauces legales (pleitear) para que un cliente abone lo que debe	10,1	12,0	11,6	28,3	24,1	26,1	19,3	38,7	29,7	19,7	17,8	20,0	21,1	7,3	12,3
47. Involucrarse sexualmente con un antiguo cliente	50,2	43,5	51,6	34,4	23,0	20,8	7,2	23,0	19,2	3,9	7,3	6,3	3,3	2,6	2,0
48. Evitar ciertos clientes por temor a verse demandado	7,9	22,5	20,9	23,0	27,7	24,7	23,7	35,6	34	23,9	10,5	13,4	19,7	3,1	7,0
49. Hacer una evaluación sobre custodia de menores sin ver a ambos padres	47,1	83,8	86,7	31,6	12,0	10,7	10,7	2,1	1,8	3,9	0,5	0,2	2,6	0,5	0,2
50. Prestarle dinero a un cliente	40,6	70,2	70,2	38,8	20,9	19,7	10,7	8,4	7,7	5,9	0,0	2,0	3,3	0,5	0,4
51. Proporcionar terapia a uno de tus empleados	55,0	63,9	55,4	31,1	22,5	25,3	6,8	7,9	11,2	2,9	4,2	5,6	2,4	1,6	2,6
52. Permitir que un cliente te tutee	1,3	7,9	5,3	3,3	12,0	8,3	7,9	9,9	10,7	23,5	35,1	29,5	63,6	35,1	46,0
53. Enviar tarjetas de felicitación por las fiestas a tus clientes	10,5	37,7	34,8	12,9	14,7	16,7	26,8	23,6	22,7	20,4	15,7	17,7	28,5	7,9	8,1
54. Besar a un cliente	48,0	44,0	58,4	36,6	26,7	20,2	4,6	18,8	12,0	7,7	7,9	7,1	2,2	2,6	2,4

Ítem	Incuestionablemente NO			En raras circunstancias			No sé/no estoy seguro/a			En algunas circunstancias			Incuestionablemente SI		
	Pope	del Río	Actual	Pope	del Río	Actual	Pope	del Río	Actual	Pope	del Río	Actual	Pope	del Río	Actual
55. Mantener actividades eróticas con un cliente.	95,0	94,2	95,4	3,5	3,1	2,4	0,4	1,0	1,8	0,4	0,4	0,1	0,4	0,5	0,4
56. Hacer un regalo valorado en más de 50€ a un cliente	69,7	81,2	76,4	16,0	10,5	14,0	8,1	5,8	7,3	2,9	1,0	1,8	2,6	1,6	0,6
57. Aceptar la invitación de un cliente a una fiesta	25,7	61,3	58,4	46,1	26,2	27,9	10,1	9,9	9,0	10,7	2,1	3,8	6,8	0,0	0,8
58. Involucrarse sexualmente con un supervisado clínico	85,1	79,6	83,6	9,0	11,5	6,8	3,5	6,8	8,0	1,5	2,1	1,4	0,2	0,0	0,1
59. Ir a un evento especial de un cliente (por ej. a una boda)	5,3	49,7	44,7	34,0	25,1	27,9	13,8	16,2	14,8	28,7	6,8	9,7	17,5	1,6	2,7
60. Recibir dinero por derivar los clientes a alguien	88,4	85,9	77,7	7,2	7,9	7,6	3,3	3,1	11,7	0	1,6	2,0	0,2	1,6	0,9
61. Hacer negocios con un cliente	78,5	81,2	75,7	12,7	13,6	13,3	5,5	3,7	8,9	1,1	0,5	1,7	1,1	1,0	0,5
62. Mantener contactos sexuales con un cliente	96,1	94,2	94,6	2,6	4,2	3,1	0,2	0,5	1,7	0,7	0,5	0,1	0,2	0,5	0,2
63. Utilizar la hospitalización involuntaria	3,1	17,3	20,0	28,9	31,4	26,2	8,8	31,4	30,8	24,3	10,5	18,0	31,8	8,4	4,6
64. Vender bienes o productos a un cliente	71,1	82,7	76,5	18,4	9,9	13,3	4,4	4,7	7,5	2,9	2,6	2,4	2,0	0,0	0,2
65. Proporcionar consejo personal en la radio, TV, etc.	18,4	25,7	26,7	28,3	25,7	21,4	22,1	23,0	24,7	23,7	20,4	18,4	6,4	5,2	8,9
66. Sentir atracción sexual por un cliente	11,2	37,7	42,8	11,0	24,6	17,7	19,5	26,2	24,2	19,1	7,3	9,1	33,3	3,1	5,9
67. Revelar datos confidenciales de manera no intencional	75,2	53,9	62,5	14,3	28,3	21,4	4,6	15,2	13,5	1,8	1,6	2,0	1,8	1,0	0,6
68. Permitir que un cliente se desnude	81,4	73,8	78,3	12,1	12,0	12,2	3,1	11,0	7,7	1,5	2,1	1,4	1,3	0,5	0,2
69. Pedirle dinero prestado a un cliente	86,2	95,3	94,7	10,7	3,7	4,0	1,1	1,0	1,2	0,4	0,0	0,0	0,9	0,0	0,1
70. Hablar de un cliente (con nombre) con los amigos	94,5	92,7	94,11	3,5	3,7	3,7	0,7	2,6	1,1	0,4	1,0	4,0	0,4	0,0	0,0
71. Proporcionar servicios fuera del área de competencia	80,7	55,5	64,2	16,9	28,3	23,4	0,2	11,0	8,9	0,9	3,7	3,0	0,7	1,0	0,5
72. Certificar horas (de trabajo) a un supervisado que no han sido realizadas	92,5	62,3	73,5	5,5	23,6	15,8	0,4	9,4	8,1	0,4	2,1	1,7	0,7	2,1	0,8
73. Tratar la homosexualidad por sí misma como patológica	55,7	92,1	96,3	12,9	2,1	1,3	17,3	3,1	1,4	6,6	1,6	0,5	5,3	1,0	0,5
74. Proporcionar terapia bajo la influencia del alcohol	89,5	94,8	96,1	7,7	2,6	2,6	1,1	2,1	1,4	0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,5
75. Mantener fantasías sexuales con un cliente	18,9	70,7	71,8	15,1	14,7	10,1	26,8	9,9	13,4	13,2	3,1	3,1	21,9	1,0	1,5
76. Aceptar un regalo que valga menos de 5 € por parte de un cliente	5,0	53,4	32,5	20,0	24,1	21,2	16,2	14,7	17,4	36,4	5,2	18,0	20,2	2,6	10,8
77. Ofrecer o aceptar un apretón de manos por parte de un cliente	0,7	5,8	2	1,1	6,8	3,1	3,3	7,9	3,4	21,7	25,1	16,4	71,9	54,5	75,1
78. Desnudarse en presencia de un cliente	94,7	90,6	93,2	3,3	2,6	3,9	0	3,1	1,5	0,2	1,0	0,6	0,7	1,6	0,4
79. Cobrar por citas a las cuales el cliente no ha asistido	1,1	47,1	62,6	6,8	11,0	10,9	7,2	19,9	10,9	38,2	11,0	9,6	45,8	11,0	5,9
80. Iniciar negocios con un cliente antiguo	36,8	36,1	31,3	28,9	28,3	26,6	17,5	19,9	24,4	9,0	9,9	13,2	5,9	5,8	4,5
81. Solicitar o pedir directamente a una persona que sea tu cliente	67,5	66,5	56,1	22,6	18,3	22,4	5,	11,9	15,8	1,8	3,7	4,7	1,5	0,5	0,9
82. Sentir atracción sexual por un cliente	9,2	41,4	47,6	13,4	25,7	16,8	21,9	26,2	22,9	18,0	4,2	8,3	30,0	2,6	4,3
83. Ayudar a un cliente a elevar una queja (o denuncia) contra un colega	6,4	15,2	18,6	22,6	29,3	25,3	14,9	31,9	29,6	29,2	18,8	19,0	25,2	4,7	7,6

Tabla 1: Comparación de porcentajes de respondientes en cada categoría en el estudio de Pope *et al.* (N=465), del Río (N= 191) y el actual (N=843)

Analizamos los ítems que implicaban una valoración ética dudosa o de JUICIO DIFÍCIL, es decir, en los que más del 20% respondieron “No sé/No estoy seguro/a” (véase Tabla 2, en negro). Encontramos 20 conductas que implicaron un juicio difícil mientras que en el estudio de del Río 23 y en el original fueron 12. Agrupamos los porcentajes de respuestas en las conductas que no se consideraban éticas (“Incuestionablemente no ética” + “Ética en raras circunstancias”) para obtener información sobre las que más del 90% de los participantes consideraron mayoritariamente NO ÉTICAS (véase la tabla 3, en negro). En nuestro estudio fueron 17, en el original 13 y en el del Río 21. Y, por último, agrupamos los porcentajes de respuestas en las conductas que se consideraban CLARAMENTE ÉTICAS (“Ética en algunas ocasiones” + “Indiscutiblemente ética”) por más de un 25% de los participantes, encontrando 18 en nuestro estudio, en el original 39 y en el del Río 15 (véase Tabla 4, en negro).

Tabla 2. JUICIOS DIFÍCILES (más del 20% responden "No sé, no estoy seguro/a")			
	Pope et al (1987)	del Río et al (2003)	Estudio actual
1. Hacerse amigo de un antiguo paciente	13,4%	23,6 %	17,9%
4. Anunciarse en periódicos o en otros medios similares	17,8%	30,9 %	27,4 %
5. Limitar las anotaciones del tratamiento al nombre, la fecha y los honorarios	21,7%	8,9%	12,7%
6. Elevar una queja ética (o denuncia) contra un colega	3,1%	29,3 %	23,5 %
8. Utilizar un servicio de interpretación de tests computarizado	12,9%	27,2 %	27,0 %
9. Abrazar a un cliente	8,3%	23 %	14,6 %
10. Dar por finalizada la terapia si el cliente no puede pagar	15,4%	22 %	27,7 %
17. Utilizar una agencia de cobros para satisfacer honorarios atrasados	15,6%	30,9 %	36,7 %
18. Romper la confidencialidad si el cliente es un homicida	3,5%	38,2 %	26,7 %
19. Realizar un trabajo forense por honorarios contingentes	29,9 %	44,5 %	47,2 %
21. Invitar a los clientes a un "día abierto" en el lugar de trabajo	23,2 %	44,5 %	44,0 %
27. Romper la confidencialidad si el cliente es un suicida	5,5%	35,1 %	26,7 %
29. Permitir que un cliente acumule una gran cantidad de honorarios sin pagar	22,8%	13,6%	13,9%
30. Aceptar bienes (en lugar de dinero) como pago	23,7%	9,9%	19,9%
31. Utilizar sustitutos sexuales con los clientes	21,3%	17,3%	10,3%
32. Romper la confidencialidad para informar sobre un abuso infantil	5,3%	26,7 %	23,6 %
36. Aceptar un sueldo que es un porcentaje de los honorarios del cliente	34,4 %	42,4 %	42,4 %
41. Liderar un grupo de terapia nudista o grupos de "crecimiento"	14,9%	36,6 %	42,6 %
46. Utilizar los cauces legales (pleitear) para que un cliente abone lo que debe	19,3%	38,7 %	44,1 %
47. Involucrarse sexualmente con un antiguo cliente	7,2%	23 %	19,2 %
48. Evitar ciertos clientes por temor a verse demandado.	23,6 %	35,6 %	34,0 %
53. Enviar tarjetas de felicitación por las fiestas a tus clientes	26,8 %	23,6 %	22,7 %
63. Utilizar la hospitalización involuntaria	8,8%	31,4 %	30,8 %
65. Proporcionar consejo personal en la radio, TV, etc.	22,1 %	23 %	24,7 %
66. Sentir atracción sexual por un cliente	19,5%	26,2 %	24,2 %
75. Mantener fantasías sexuales con un cliente	26,8%	9,9%	13,4%
82. Sentir atracción sexual por un cliente	21,9 %	26,2 %	22,9 %
83. Ayudar a un cliente a elevar una queja (o denuncia) contra un colega	14,9%	31,9 %	29,6 %

Tabla 3. CLARAMENTE NO ÉTICAS (más del 90% responden "Incuestionable-mente No" o "En raras ocasiones")			
	Pope et al (1987)	del Río et al (2003)	Estudio actual
3. Proporcionar terapia a uno de tus amigos	87,7%	91,8%	85,9%
14. Alterar un diagnóstico para cubrir los criterios de un seguro	66,2%	91,0%	94,2%
15. Decirle a un cliente "me siento sexualmente atraído/a hacia Ud"	84,6%	94,5%	97,5%
24. Aceptar sólo clientes varones o mujeres	27,2%	92,6%	91,0%
26. Elevar los honorarios durante el curso de la terapia	24,1%	91,7%	88,0%
37. Pedir favores a los clientes (ej. que nos acerque a casa)	72,2%	94,3%	93,2%
38. Hacer una evaluación sobre custodia sin ver al niño.	86,8%	94,8%	94,4%
49. Hacer una evaluación sobre custodia de menores sin ver a ambos padres	78,7%	95,8%	97,4%
50. Prestarle dinero a un cliente	79,4%	91,1%	90,0%
55. Mantener actividades eróticas con un cliente.	99,0%	94,2%	97,85%
56. Hacer un regalo valorado en más de 50 €. a un cliente	93,2 %	91,7%	90,4%
58. Involucrarse sexualmente con un supervisado clínico.	94,1%	91,1%	90,4%
60. Recibir dinero por derivar los clientes a alguien.	93,8%	95,6%	85,3%
61. Hacer negocios con un cliente	91,2%	94,8%	89,0%
62. Mantener contactos sexuales con un cliente.	98,7%	98,4%	97,7%
64. Vender bienes o productos a un cliente.	89,5%	92,6%	89,8%
68. Permitir que un cliente se desnude.	93,5%	81,4%	90,5%
69. Pedirle dinero prestado a un cliente.	96,9%	98,9%	98,7%
70. Hablar de un cliente (con nombre) con los amigos.	96,4%	98,0%	97,81%
71. Proporcionar servicios fuera del área de competencia	97,4%	83,8%	87,6%
72. Certificar horas (de trabajo) a un supervisado que no han sido realizadas	98,0%	85,9%	89,3%
73. Tratar la homosexualidad por sí misma como patológica	68,6%	94,2%	97,3%
74. Proporcionar terapia bajo la influencia del alcohol	97,2%	97,4%	98,7%
78. Desnudarse en presencia de un cliente	98,0%	93,2%	97,1%
81. Solicitar o pedir directamente a una persona que sea tu cliente.	90,1%	84,8%	78,15%

Tabla 4. ÉTICAS (más del 25% responden: "Incuestionablemente Sí" o "En muchas ocasiones")

	Pope et al (1987)	del Río et al (2003)	Estudio actual
1. Hacerse amigo de un antiguo paciente	28,7%	21,0%	25,0%
2. No cobrar a un paciente por la terapia	54,4%	5,2%	20,9%
4. Anunciarse en periódicos o en otros medios similares	53,9%	37,0%	46,1%
5. Limitar las anotaciones del tratamiento al nombre, la fecha y los honorarios	44,5%	4,2%	5,7%
6. Elevar una queja ética (o denuncia) contra un colega	80,7%	38,0%	50,0%
7. Decirle a un cliente que estas enfadado con él o ella	69,9%	38,3%	19,4%
8. Utilizar un servicio de interpretación de tests computarizado	74,2%	31,0%	45,0%
10. Dar por finalizada la terapia si el cliente no puede pagar	43,7%	10,0%	18,0%
13. Hacer que los clientes completen los tests (por ej. el MMPI) en casa	32,2%	5,2%	6,1%
16. Negarse a dejar que los clientes lean sus anotaciones	56,5%	37,5%	56,1%
17. Utilizar una agencia de cobros para satisfacer honorarios atrasados	69,9%	6,2%	10,2%
18. Romper la confidencialidad si el cliente es un homicida	88,0%	39,8%	44,4%
20. Utilizar revelaciones personales como técnica terapéutica	72,2%	15,7%	26,7%
24. Aceptar sólo clientes varones o mujeres	51,5%	3,1%	3,9%
25. No permitir que el cliente tenga acceso al informe de los tests	29,2%	30,3%	20,7%
26. Elevar los honorarios durante el curso de la terapia	81,0%	1,5%	2,3%
27. Romper la confidencialidad si el cliente es un suicida	36,6%	81,0%	36,5%
28. No permitir a los clientes tener acceso a los datos brutos de un test	59,6%	41,9%	36,0%
29. Permitir que un cliente acumule una gran cantidad de honorarios sin pagar	33,3%	2,6%	6,9%
30. Aceptar bienes (en lugar de dinero) como pago	27,8%	1,5%	4,0%
32. Romper la confidencialidad para informar sobre un abuso infantil	85,7%	5,04%	62,1%
34. Tutear a los clientes	95,8%	68,1%	68,6%
35. Llorar en presencia de un cliente	46,0%	5,7%	6,1%
36. Aceptar un salario que es un porcentaje de los honorarios del cliente	32,4%	12,8%	7,3%
46. Utilizar los cauces legales (pleitear) para que un cliente abone lo que debe	40,8%	25,0%	32,3%
48. Evitar ciertos clientes por temor a verse demandado	43,6%	13,1%	13,6%
52. Permitir que un cliente te tutee	87,1%	70,2%	75,5%
53. Enviar tarjetas de felicitación por las fiestas a tus clientes	48,9%	23,6%	25,8%
59. Ir a un evento especial de un cliente (por ej. una boda)	46,2%	8,4%	12,4%
63. Utilizar la hospitalización involuntaria	56,1%	18,9%	22,6%
65. Proporcionar consejo personal en la radio, TV, etc.	30,1%	25,6%	27,3%
66. Sentir atracción sexual por un cliente	52,4%	10,4%	15,0%
75. Mantener fantasías sexuales con un cliente	35,1%	4,1%	4,6%
76. Aceptar un regalo que valga menos de 5 €. por parte de un cliente	56,6%	7,8%	28,8%
77. Ofrecer o aceptar un apretón de manos de parte de un cliente	93,2%	79,6%	91,5%
79. Cobrar por citas a las cuales el cliente no ha asistido	84,0%	22,0%	15,5%
82. Sentir atracción sexual por un cliente	48,0%	12,6%	12,6%
83. Ayudar a un cliente a elevar una queja (o denuncia) contra un colega	54,4%	23,5%	26,6%

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En general, se observa que a pesar del relativo buen conocimiento ético que la mayoría de los participantes han mostrado respecto a muchas de las conductas descritas en el cuestionario, la valoración ética de otras plantea serias dificultades.

En concreto, en relación a las situaciones que implicaban dificultad en cuanto a su valoración ética, es decir, un *juicio difícil*, con respuestas "no sé/no estoy seguro" (ver tabla 2), fue especialmente significativo el alto porcentaje de situaciones dudosas. Concretamente 19 conductas en nuestro estudio y 22 en el de del Río et al (2003) (en la tabla 2 aparecen 20 y 23 respectivamente, ya que los ítems 66 y 82 corresponden a una conducta repetida), en contraste con sólo 12 del estudio de Pope et al. (1987). Siguiendo a los autores del cuestionario, todas ellas las hemos agrupado en áreas:

En primer lugar, las relativas con asuntos financieros (ver Tabla 2, ítems color verde) como "*Realizar un trabajo forense por honorarios contingentes*", "*Utilizar una agencia de cobros para satisfacer honorarios atrasados*", "*Utilizar los cauces legales (pleitear) para que un cliente abone lo que debe*" "*Aceptar un sueldo que es un porcentaje de los honorarios del cliente*", para casi el 50% resultó un juicio difícil.

En segundo lugar, las relacionadas con los límites de la confidencialidad (ver Tabla 2, ítems color azul), tales como “*Romper la confidencialidad si el paciente es un homicida*”, “...suicida” o “...para informar sobre un abuso infantil”, son cuestiones que plantean dudas a casi el 30 % de nuestros participantes, no siendo así para los profesionales americanos, probablemente debido a que en el Código Ético de la APA (APA, 2010), se expresan claramente las circunstancias en las que los profesionales pueden revelar información sin el consentimiento de los clientes/pacientes, a diferencia de nuestro Código Deontológico.

En tercer lugar, las relativas a relaciones duales, sexuales y no sexuales (ver Tabla 2, ítems color naranja), como por ejemplo “*Involucrarse sexualmente con un antiguo cliente*”, “*Sentir atracción sexual por un cliente*” o no sexual como “*Hacerse amigo de un antiguo paciente*” y “*Enviar tarjetas de felicitación por las fiestas a tus clientes*”, y “*Abrazar a un cliente*”, encontramos diferencias entre los estudios realizados en nuestro país, en la actualidad parece que lo tienen más claro (no supone un juicio dudoso), de las 6 situaciones implicadas, les resulta dudosas 2 de ellas.

En cuarto lugar, las relacionadas con el consentimiento del cliente (ver Tabla 2, ítems color lila), “*Utilizar la hospitalización involuntaria*”, es un tema que plantea dudas a un importante número de respondientes (31,4% y 30,8%) en los dos estudios españoles. Sin embargo el ítem “*Aceptar la decisión de un cliente de cometer suicidio*” ha sido considerado como una conducta no ética por un 86,4% de nuestros participantes, cifra muy semejante en los tres estudios. No obstante, esa no-aceptación implica también ir en contra de los deseos del cliente/paciente. Al respecto, nuestro Código Deontológico no ofrece orientación en este tema que es, por otro lado, un área de fuerte controversia.

En quinto lugar, aquellas relativas a la relación entre profesionales (ver Tabla 2, ítems color marrón), en concreto los ítems “*Elevar una queja ética (o denuncia) contra un colega*” o “*Ayudar a un cliente a elevar una queja (o denuncia) contra un colega*” plantean también un juicio ético difícil. En nuestro Código Deontológico no hay normas al respecto. Sin embargo, en el caso de los psicólogos americanos, si tuvieran conocimiento de que un colega ha incurrido en una violación ética, su Código les obliga a intentar, si es posible, una resolución informal o a ponerlo en conocimiento de su Comité de Ética.

En sexto lugar, respecto a las conductas relacionadas con la competencia profesional (ver Tabla 2, ítems color violeta), tales como “*Utilizar un servicio de interpretación de tests computarizados*” implica un juicio difícil para un 27% de los respondientes, mientras que para un 45%, la utilización de esos servicios es considerada una conducta ética y sólo para un 28,8% no ética. En nuestro Código Deontológico no hay normas al respecto, aunque podría ser aplicable el artículo 17 (sobre la competencia profesional). En relación a “*Liderar un grupo de terapia nudista o grupos de ‘crecimiento’*”, plantea un juicio difícil para un 42,6%, al respecto en el artículo 18 del Código Deontológico se prescribe que: “...el psicólogo/a no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente”. El “*Proporcionar terapia bajo la influencia del alcohol*” ha sido considerada una conducta no ética por el 98,7% de los respondientes y “*Trabajar cuando uno se encuentra demasiado estresado para ser efectivo*” por el 80,3%, porcentajes similares a los obtenidos por los otros dos estudios.

Por último, en sexto lugar, entre las conductas consideradas como *no éticas* por más del 90% de los participantes (ver tabla 3), destacan nueve conductas que han sido consideradas como no éticas por más del 95% de los participantes (en color naranja), entre las cuales destacan algunas relacionadas con mantener actividades sexuales con los pacientes (ítems 15, 55 y 62). Si bien sorprende la diferencia de participantes entre profesionales americanos y estudiantes españoles en relación a la conducta “*tratar la homosexualidad por sí misma como patológica*” de 68,6% frente al 94,2 y 97,3% respectivamente.

- En general, los estudiantes españoles responden con mayor ajuste a los principios y normas éticas y/o deontológicas que los psicoterapeutas del estudio americano, cuestión que puede ser explicada por el tiempo transcurrido entre los tres (30 años con el de Pope et al y 14 con el de del Río et al), ya que se ha ido incrementando la preocupación por los temas éticas y/o deontológicas, así como la formación.
- En definitiva, se constata la importancia de una adecuada y suficiente formación en Ética y Deontología en el pregrado de los estudios de Psicología, en la que se incluya la discusión y análisis de casos. Así como la necesidad de que sea aceptada la revisión de nuestro Código Deontológico adaptado al Metacódigo de la EFPA (COP, 2009) en el que se cubre la mayoría de las situaciones que pudiesen plantearse en la práctica profesional.

## REFERENCIAS

Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. (1999). Principios de Ética Biomédica (4ª ed.). Barcelona: Masson, (Orig. 1994).

COP (1987). Código Deontológico del Psicólogo (<http://www.cop.es>).

COP (2009). Proyecto Código Deontológico de la Profesión de Psicología. Revisado y aprobado en la Comisión Deontológica Estatal el 28.03.2009. En archivo informático V12.3. ([http://copao.cop.es/files/contenidos/normativas\\_de\\_interes/NUEVO\\_CÓDIGO\\_DEONTOLÓGICO.pdf](http://copao.cop.es/files/contenidos/normativas_de_interes/NUEVO_CÓDIGO_DEONTOLÓGICO.pdf)).

Borda, M., del Río, C., Pérez, M.A. y Martín, A. (2002). ¿Conocen los estudiantes de Psicología los principios éticos básicos para actuar como terapeutas?”. *Revista de Enseñanza Universitaria*, 19, 15-43.

EFPA (2001). Standing Committee on Ethics (Convenor: Geoff Lindsay): Recommendations for teaching ethics for psychologists. <http://www.efpa.be>.

Molina, A.; Arch, M. & Jarne, A. (2012). Conocimiento y aplicación de los Principios Éticos y Deontológicos por parte de los psicólogos forenses expertos en el ámbito de familia. *Anuario de Psicología Jurídica*, 22, 77-93.

Pomerantz, A.M. y Grice, J.W. (2001). Ethical belief of mental-health professionals and undergraduates regarding therapist practices. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 737-748.

Pomerantz, A.M., Ross, M.J., Gfeller, J.D. y Hughes, H. (1998). Ethical belief of psychotherapist: scientific finding. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 28, 35-44.

Pope, K.S., Tabachnick, B.G. y Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of Practice: The belief and behaviors of Psychologists as Therapist. *American Psychologist*, 42, 993-1006.

Pope, K.S., y Vasquez, M.J. (1999). *Ethics in therapy and counselling: A practical guide*, 2nd edition. San Francisco: Jossey-Bass.

Rae, W.A. y Worchel, F.F. (1991). Ethical belief and behaviours of pediatric psychologist: A survey. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 727-745.

Río, C. del, Borda, M., Pérez, M.A., Martín, A. y Torres, I. (2003). Ética de las relaciones duales en psicoterapia. *Psicothema*, 15, 58-64.

Río, C. del, Borda y Torres, I. (2003). Valoración de los estudiantes de Psicología sobre la ética de algunas prácticas de los terapeutas. *Psicología Conductual*, 11. 261-281.

## **MENSURAÇÃO DE SINTOMAS VASOMOTORES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE INSTRUMENTOS**

Filipa Pimenta, Diana Galvão, Pedro Costa, David Costa, João Maroco, & Isabel Leal

William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário  
Email: filipa\_pimenta@ispa.pt.

Durante a menopausa vários sintomas podem emergir, sendo os sintomas vasomotores os mais frequentemente reportados. Existem múltiplos instrumentos para avaliar estes sintomas, contudo há uma ausência de conhecimento sistematizado acerca das suas características psicométricas. O objectivo deste estudo é apresentar uma revisão sistemática dos instrumentos que avaliam os sintomas vasomotores e que incluem a análise de validade e fiabilidade. A revisão sistemática foi feita em três bases de dados (EbscoHost, Pubmed e Scielo) de acordo com critérios de inclusão e de exclusão pré-definidos. No total foram incluídas 24 publicações, focando 12 instrumentos. A sua qualidade variou entre os 22-32 pontos (numa escala de 0 a 36) e a concordância inter-avaliador (k de Cohen) foi de .93. Oito instrumentos foram estudados na língua inglesa; alguns (e.g. Women's Health Questionnaire) têm sido amplamente referidos na literatura. Outros, apesar de frequentemente referenciados na literatura (e.g. Blatt-Kupperman Menopausal Index), não foram incluídos nesta revisão sistemática pela ausência de estudos publicados incluindo a avaliação concomitante da sua validade e fiabilidade. Este trabalho destaca instrumentos que apresentam uma validade e fiabilidade estudadas, pretendendo assim informar tanto a avaliação de sintomas vasomotores no contexto clínico, como no de investigação.

Palavras-chave: Menopausa, Revisão Sistemática, Sintomas Vasomotores, Instrumentos

## **RESULTADOS PRELIMINARES DO INVENTÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE HIPOGONADISMO DE INÍCIO TARDIO EM HOMENS PORTUGUESES**

Pedro Alexandre Costa, Raquel Rosas, Filipa Pimenta, João Marôco, & Isabel Leal

William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário. Email: pcosta@ispa.pt.

### **Resumo:**

**Objectivo:** Avaliar a incidência de alterações associadas ao Hipogonadismo de Início Tardio (HIT). Adicionalmente, pretende averiguar-se a sintomatologia sexual de diagnóstico de HIT proposta pelo European Male Aging Study (disfunção erétil, e diminuição do desejo sexual e das erecções matinais). **Metodologia:** Participaram no estudo 631 homens entre os 40 e 91 anos ( $M = 52.14$ ;  $DP = 8.33$ ). O Inventário de Severidade de Sintomas da Andropausa, construído para o projeto EVISA, compreende um total de 84 itens (8 dimensões) incluindo frequência e intensidade de cada sintoma. **Resultados:** Verificou-se um aumento significativo de alterações de humor e perda de capacidades físicas em homens com mais de 60 anos. Observou-se um aumento significativo de alterações no peso/musculatura, alterações na pilosidade/pele, funcionamento urinário e sintomas sexuais em homens com idade igual ou superior a 60 anos. Finalmente, verificou-se um aumento significativo da sintomatologia sexual em homens  $\geq 60$  anos. **Discussão e Implicações:** O aumento nos indicadores de sintomatologia de diagnóstico a partir dos 60 anos suporta a proposta referente aos critérios de identificação de HIT. Estas análises preliminares auxiliam a identificação de alterações sexuais, psicológicas, cognitivas, e físicas como transformações decorrentes do início do fenómeno de HIT.

**Palavras chave:** Andropausa, Hipogonadismo de início tardio, Sintomatologia sexual.

## **PACIENTES AMPUTADOS: REVISÃO DE LITERATURA**

Maíra Frizzi da Cunha Bergo (PUC-Campinas) – mairabergo@hotmail.com

Helena Bazanelli Prebianchi (PUC-Campinas) – helenabp@puc-campinas.edu.br

### **Resumo**

A sistematização do conhecimento sobre os aspectos emocionais em situação de cirurgia de amputação mostra-se necessária, tanto para a preparação e capacitação dos psicólogos que atuam na área como para os pacientes envolvidos. Objetivo: revisão de literatura sobre os aspectos emocionais presentes na vida de pacientes submetidos à amputação de membros. Método: pesquisa bibliográfica, priorizando um caráter retrospectivo. Os trabalhos foram selecionados em indexadores de produção científica (PePSIC, SciELO, LILACS), cobrindo o período de 2009 a 2014. Resultados: há escassez de publicações sobre o tema e as existentes, em sua maioria, são em periódicos de Enfermagem, não incluindo aspectos sobre relações familiares ou relação médico-paciente; a maior parte deles trata sobre os aspectos emocionais do paciente no período pós-operatório. Conclusão: a escassez de trabalhos, bem como as características dos existentes, aponta para a necessidade de novos e melhores estudos.

Palavras chave: amputação, psicologia, aspectos emocionais.

### **Resumen**

La sistematización de lo conocimiento sobre los aspectos emocionales en caso de cirugía de amputación se hace necesaria para la preparación y formación de los psicólogos que trabajan en el campo y para los pacientes involucrados. Objetivo: revisión de la literatura sobre los aspectos emocionales en la vida de pacientes sometidos a amputación de las extremidades. Método: bibliografía, priorizando un carácter retrospectivo. Los trabajos fueron basados en índices de producción científica (PePSIC, SciELO, LILACS), que abarca el período 2009 - 2014. Resultados: hay escasez de publicaciones sobre el tema y las existentes, en su mayoría, están en revistas de enfermeira, sin incluir los aspectos de las relaciones familiar o relación médico-paciente; la mayoría de los estudios tiene que ver con los aspectos emocionales del paciente en el postoperatorio. Conclusión: la falta de estudios, así como las características de los que ya existen, señala la necesidad de nuevos y mejores estudios.

Palabras clave: amputación, la psicología, aspectos emocionales.

## Referências

- Batista, N. N. L. A. L. & Luz, M. H. B. A. (2012). Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2): 244-50.
- Boccolini, F.(1995). Reabilitação do amputado. In: F.H.A. Maffei (Org.) *Doenças Vasculares Periféricas* (p. 257-281). 2ª. edição. Tijuca: MEDSI.
- Cavalcanti, M.C.T. (1994). Aspectos emocionais no pré-operatório em amputação de membros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43 (3), 159-161.
- Carvalho, I. D.; Serra, M. C.; Guimarães Jr., L. M. (2011). Amputação: as indagações do sujeito. *Rev Bras Queimaduras*, 10(4): 141-3.
- Cox, P. S. L.; Williams, S. K. P.; Weaver, S. R. (2011). Life after lower extremity amputation in diabetics. *West Indian Med*, 60(5): 536.
- De Benetto, K.M., Forgione, M.C.R. & Alves, V.L.R. (2002). Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor fantasma, *Acta Fisiátrica*, 9 (2), 85-89.
- De Luccia, N. (2004) Amputações e a doença vascular periférica. *Jornal Vascular Brasileiro*, 3 (3), 179-180.
- De Luccia, N., Goffi, F.S.& Guimarães, J.S. (1996). Amputação de membros. In: F. S.Goffi (Coord.) *Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas de cirurgia* (p.180-187). 4ª. Edição. São Paulo: Editora Atheneu.
- Gabarra, L.M. & Crepaldi, M.A. (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Rev Aletheia*, 30, 59-72.
- Galván, G. B. & Amiralian, M. L. T. M. (2009). Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação. *Estudos de Psicologia*, 26(3): 391-398.
- Horgan, O. & MacLanchlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and Rehabilitation*, 26 (14/15), 837-850.
- Krupski, W. C., & Nehler, M. R. (2003). Amputation. Em: L. W. Way & G. M. Dohert (Orgs.), *Current: surgical diagnosis & treatment* (pp.859-870). New York: Lange Medical Books.
- Marques, A. M. F. B.; et al. (2014). Health Care for people with amputation: analysis from the perspective of bioethics. *Text Context Nursing*, 23(4): 898-906.
- Price, E.M. & Fisher, K. (2002) How does counseling help people with amputation? *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 14 (3), 102- 106.
- Price, E.M. & Fisher, K. (2005) Additional studies of emotional needs of amputees. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 17 (2), 52- 56.
- Price, E.M. & Fisher, K. (2007) Further study of the emotional needs of amputees. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 19 (4), 106- 108.
- Ramos, A.C.R.; Mendonça, A.B.; Okamoto, A.M. & Ingham, S.J.M. (2007). *Medicina e reabilitação: princípios e práticas*. São Paulo: Artes Médicas. p.207-29.
- Sabino, S. M.; Torquato, R.M. & Pardini, A. C. G. (2013). Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes amputados de membros inferiores. *Acta Fisiátrica*, 20(4):224-228.
- Sales, L. M. R. et al (2012). Repercussões psicossociais da amputação: concepções de pessoas que as vivenciam. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental*, 4(4): 315-26.
- Senra, H.; Oliveira, R.A.; Leal, I. & Vieira, C. (2012). Beyond the body image: a

- qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clin Rehabil.* 26(2):180-91.
- Seren, R. & Tilio, R. (2014). As vivências do luto e seus estágios em pessoas amputadas. *SPAGESP*, 15(1), 64-78.
- Silva, S. E. D. *et al* (2009). Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3): 404-9.
- Vargas, S. R. S. *et al* (2013). Psicoterapia de grupo para pacientes diabéticos amputados e seus cuidadores. *Arquivos Médicos dos hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 58: 1-5.

## **SÍNDROME BURNOUT Y ENFERMEDADES CRÓNICAS EN AMAS DE CASA: EL CUIDADO DE UN FAMILIAR ENFERMO DE ALZHEIMER**

María Luisa Avargues Navarro<sup>2(1)</sup>, Mercedes Borda Mas<sup>(1)</sup>, Alina de las Mercedes Campos Puente<sup>(2)</sup>, Milagrosa Sánchez Martín<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla. España.

<sup>(2)</sup> Asociación Utrerana de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Sevilla. España.

<sup>(3)</sup> Universidad Loyola Andalucía. Sevilla. España.

### **Resumen**

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* y de las enfermedades crónicas, asociadas a la actividad que desempeñan como ama de casa (AC) y, además, cuidadoras de un familiar enfermo de Alzheimer (ACC), con el fin de diseñar estrategias de intervención para el manejo del estrés y la promoción de la salud. **Metodología:** Participan 193 mujeres ( $M_{edad}=49$ ;  $DT=11,31$ ), distribuidas en dos grupos: AC ( $n=97$ ) y ACC ( $n=96$ ). Instrumentos utilizados: Inventario de Burnout de Maslach (M.B.I.) y Cuestionario de datos Sociodemográficos e indicadores de salud (ad hoc). **Resultados:** (1) La prevalencia de *burnout* fue de 11,9%. (2) Ambos grupos difieren significativamente en la dimensión de agotamiento emocional y en el número de enfermedades crónicas. (3) El agotamiento emocional es más elevado en las ACC. (4) La presencia de enfermedad crónica es mayor en las ACC. (5) De las patologías médicas que padecen, el aparato locomotor es el más afectado, fundamentalmente en las ACC. **Discusión e implicaciones:** El cuidado de un familiar enfermo de Alzheimer, agrava en amas de casa los niveles de agotamiento emocional y la presencia de enfermedades crónicas, de ahí la necesidad de considerar dicha actividad en el diseño de intervenciones dirigidas a este colectivo de mujeres.

**Palabras claves:** Síndrome de *burnout*, Enfermedades crónicas, Amas de casa, Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer.

---

<sup>2</sup> Correspondencia: María Luisa Avargues Navarro. Departamento. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. C/Camilo José Cela s/n-41018-Sevilla (España).  
e-mail:avargues@us.es

## Resumo

**Objetivo:** Determinar a prevalência da síndrome de burnout e das doenças crónicas sócias á actividade que desempenham como dona-de-casa (AC) e, ademais, cuidadoras de um familiar doente de Alzheimer (ACC), com o fim de desenhar estratégias de intervenção para o manejo do estrés e a promoção da saúde. **Metodologia:** Participam 193 mulheres (Medad=49; DT=11,31), distribuídas em dois grupos: AC (n=97) e ACC (n=96). **Instrumentos utilizados:** Inventário de Burnout de Maslach (M.B.I.) e Questionário de dados Sociodemográficos e indicadores de saúde (ad hoc). **Resultados:** (1) A prevalência de burnout é de 11,9%. (2) Ambos grupos diferem significativamente na dimensão de agotamiento emocional e no número de doenças crónicas. (3) O agotamiento emocional é mais elevado nas ACC. (4) A presença de doença crónica é maior nas ACC. (5) Das patologias médicas que padecem, o aparelho locomotor é o mais afectado, fundamentalmente nas ACC. **Discussão e envolvimento:** O cuidado de um familiar doente de Alzheimer, agrava em donas-de-casa os níveis de agotamiento emocional e a presença de doenças crónicas, daí a necessidade de considerar dita actividade no desenho de intervenções dirigidas a este coletivo de mulheres.

**Palavras chaves:** Síndrome de burnout, Doenças crónicas, Donas-de-casa, Cuidadoras familiares de doentes de Alzheimer.

## Introducción

El síndrome de burnout, en la actualidad, centra la atención de un importante número de investigaciones, debido a su creciente prevalencia y repercusión para quien lo padece y la organización en la que desempeña su labor (Gil-Monte, 2009). Maslach y Jackson (1986) lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico, donde el hecho de encontrarse emocionalmente agotado hace que aparezcan sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja (despersonalización) y hacia el trabajo en sí (falta de realización profesional).

De igual modo, Maslach y Leiter (2016) refieren que el agotamiento emocional sería la dimensión de burnout más predictiva de las afectaciones en salud, asociándose a síntomas como dolores de cabeza, fatiga crónica, trastornos gastrointestinales, tensión muscular, hipertensión, episodios de resfriados, gripe, así como trastornos del sueño, entre otros.

La mujer ama de casa, desempeña su labor dentro de su entorno familiar, sin remuneración económica y escaso reconocimiento familiar / social, a pesar de dedicarse a las tareas domésticas y el cuidado de carácter informal de los miembros de su familia, lo que se incrementa cuando, además, cuida de un familiar enfermo de Alzheimer (Espinosa, Muriel, Coello et al. 2010).

El síndrome de burnout en las amas de casa es importante aunque ignorado. La falta de apoyo y reconocimiento a su labor influye en su nivel de cansancio (Moral, González y Landero, 2011; Rodríguez, Trillo y Baute, 2014). Estudios realizados sobre el síndrome de burnout en amas de casa, demuestran

que las mujeres que trabajan dentro del hogar padecen mayores problemas de salud (Pascual, 2001).

La cantidad de miembros de la familia con los que convive y la atención que dedica a menores o a familiares con problemas de salud, produce un efecto similar al ejercido bajo condiciones de trabajo en turnos rotativos, trabajo nocturno y sobrecarga percibida en otras profesiones. Por tanto, la actividad realizada por estas mujeres puede constituir en sí misma un factor de riesgo psicosocial, dando lugar a la aparición de estrés laboral y síndrome de burnout, así como a sus consecuencias sobre la salud. En este sentido, se ha puesto de manifiesto que las características propias del trabajo de las amas de casa inciden en que aparezcan problemas, tales como los cardiovasculares, inmunológicos, gastrointestinales, lumbalgias, dolores de espalda (González, Landero y Moral, 2009; Gómez, Montero, Demarzo, Pereira y García, 2013; Muñoz y Barba, 2007).

Esta situación puede agravarse en el caso de aquellas mujeres que, además de desempeñar su labor de ama de casa, tienen a su cargo un familiar enfermo de Alzheimer. Dicha enfermedad es degenerativa e irreversible en el enfermo y demanda de cuidados permanentes durante las diferentes etapas de la enfermedad, por parte de la cuidadora. Estudios realizados ponen de manifiesto la presencia de burnout en mujeres cuidadoras de este tipo de enfermos (Rivera y Requena, 2013).

En relación con los cuidadores, Aldana y Guarino, (2012) refieren que los cuidadores informales y los formales no profesionales presentan niveles de sobrecarga objetiva elevadas por las características del trabajo, destacando la mayor incidencia en los cuidadores informales, que además perciben tener una peor salud. De hecho, diferentes estudios destacan que la salud de los cuidadores se ve fuertemente comprometida por el hecho de proporcionar cuidados (Fernández de Larrinoa et al., 2011; Palomino, González y Blanco, 2008; Rogero, 2010).

El presente trabajo, se enmarca dentro de una línea de investigación más amplia sobre estrés laboral y burnout liderada por Borda, Avargues (2010) y colaboradores (2010a, b, c; 2017), centrada en este estudio en amas de casa cuidadoras de familiares enfermos de Alzheimer (Campos, 2016; Campos, Borda, Avargues, López y Párraga, 2014). En concreto, este trabajo tiene como objetivo general, determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* y de las enfermedades crónicas, asociadas a la actividad que desempeñan como ama de casa (AC) y, además, cuidadoras de un familiar enfermo de Alzheimer (ACC), con el fin de diseñar estrategias de intervención para el manejo del estrés y la promoción de la salud. En concreto se pretendía:

- 1) Conocer los niveles de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP) que padecen las mujeres amas de casa y amas de casa cuidadoras de un familiar enfermo de Alzheimer.
- 2) Conocer las enfermedades crónicas que padecen las mujeres participantes, asociadas a la actividad que desempeñan.

Metodología

Participantes

La muestra estaba formada por 193 mujeres amas de casa, distribuidas en dos grupos: cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer ACC (n=96) y amas de casa AC (n = 97) pertenecientes a la Confederación Andaluza de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer (CONFEAFA) y Federación de Asociaciones de Mujeres en la provincia de Sevilla, España.

La media de edad fue de 49 años ( $DT=11,31$ ) en un rango que osciló de 20 a 80 años. En cuanto al nivel de estudios, el 59,6% tenía estudios primarios, el 20,2% estudios secundarios y un 20,2% había cursado estudios superiores (bachillerato y universitario). En cuanto al estado civil, el 78% convivía en pareja (casada o pareja de hecho) y el 22 % no tenía pareja (soltera, separado, divorciada o viuda). Señalar, además, que de estas mujeres, el 87,6% tenía hijos y el 74,1% convivía con ellos.

Los criterios de inclusión fueron: i) que las mujeres amas de casa dedicaran su actividad únicamente en el hogar familiar, es decir, no trabajaran percibiendo remuneración, y ii) en el caso de ser cuidadores, que tuvieran un vínculo familiar y desempeñaran su labor como cuidadoras informales.

#### Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos e indicadores de salud (*ad hoc*). Consta de 10 preguntas abiertas y cerradas referidas a: a) variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de estudios, hijos, números de hijos, y cantidad de hijos con los que convive) y b) indicadores de salud (si padece o no enfermedades crónicas, cantidad de enfermedades crónica que padece, tipo de patologías médicas, cantidad de años que recibe tratamiento médico).

Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) (Maslach y Jackson, 1986). Se utilizó la adaptación española realizada por Seisdedos (1997) para Tea Ediciones, con el objetivo de evaluar el síndrome de burnout. Este instrumento fue elaborado por las autoras basándose en la estructura tridimensional (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) con la que conceptualizan el síndrome de burnout. Consta de 22 ítems, en forma de afirmaciones referidas a los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia las personas a quien brinda sus servicios. Se responde utilizando una escala de frecuencia tipo Likert que va de 0 a 6, donde 0 es igual a “nunca” y 6 igual a “todos los días”.

#### Procedimiento

Se trata de un estudio transversal mediante encuesta. El procedimiento de muestreo empleado fue a conveniencia, por accesibilidad. Se contactó con los diferentes responsables de las instituciones para lograr acceder a la población de estudio. Los instrumentos de evaluación, así como el consentimiento informado, fueron entregados directamente por los evaluadores a cada participante, siendo aclaradas todas las dudas que surgían respecto a la cumplimentación de los mismos.

Los análisis de datos se han realizado en el programa estadístico SPSS versión 22, procediendo tal y como se describe a continuación:

Para el objetivo específico 1, se configuró la variable presencia de burnout, de acuerdo a los criterios establecidos en el manual del M.B.I. para muestra española (Seisdedos, 1997). Atendiendo a estos criterios, se considera presencia de burnout en las personas que obtienen puntuaciones altas en

agotamiento emocional >24, altas en despersonalización >9 y bajas en realización personal <33. Se realizaron análisis descriptivos de frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas para conocer la presencia o ausencia de burnout en la muestra de estudio, así como análisis de comparaciones con el estadístico Chi-cuadrado para valorar la asociación existente entre los grupos de pertenencia (AC y ACC) y el burnout. Además, se tomó en consideración. Para la comparación de medias se utilizó la prueba *t* de Student.

Para desarrollar el objetivo específico 2, se crearon tres variables: 1) presencia/ausencia de enfermedad crónica; 2) cantidad de enfermedades crónicas que padece y 3) patologías médicas, agrupadas en función de los tipos de enfermedades que padecían (problemas cardiovasculares, endocrino-metabólicos y del aparato locomotor), según datos aportados en el Cuestionario de datos socio demográficos e indicadores de salud (*ad hoc*). Se realizaron análisis estadísticos descriptivos de frecuencia y porcentaje para obtener los indicadores de salud estudiados en las mujeres participantes, así como análisis de comparaciones con el estadístico Chi-cuadrado para valorar la asociación existente de éstos con los grupos de estudio (AC y ACC).

## Resultados

En cuanto a la prevalencia del síndrome de burnout, en general, se halló que en torno a un 12% de las participantes (11,9%) cumplían los criterios de presencia de burnout. Al comparar los grupos de estudio, se observa que en el 5,7% de AC existe presencia de burnout, siendo este porcentaje superior en el grupo de las ACC (6,2%). Ahora bien, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ( $\chi^2=,062$ ;  $p=,800$ ) (véase Tabla 1).

**Tabla 1. Presencia de síndrome de burnout en las amas de casa (AC y ACC).**

		Total (N=193)		Amas de casa AC (n=97)		Cuidadoras ACC (n=96)		Prueba de contraste	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Chi <sup>2</sup>	p
Presencia de	burnout	23	11,9	11	5,7	12	6,22	,062	,800
Ausencia de	burnout	170	88,1	86	44,6	84	43,5		

En relación con las distintas dimensiones del síndrome de burnout, los resultados evidencian que, en la totalidad de la muestra, la media de las puntuaciones obtenidas es de 27,78 en la dimensión agotamiento emocional, mostrando que se encuentran en el nivel alto de dicha dimensión. Respecto a las dimensiones despersonalización y realización personal, las puntuaciones medias obtenidas se corresponden con un nivel medio en dichas dimensiones (7,21 y 34,28, respectivamente). Los resultados de la prueba *t* de Student indican que existen diferencias estadísticamente significativas en la dimensión agotamiento emocional entre el grupo de las AC y de las ACC ( $T_{(191)}= 6,205$ ;  $p=,000$ ), siendo mayor el nivel de agotamiento emocional en las ACC respecto a las AC (véase Tabla 2).

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas en las dimensiones del síndrome de burnout.

	Total (N=193)		Amas de casa de AC (n=97)		Cuidadoras ACC (n=96)		Prueba de contraste	
	Medi a	DT	Medi a	DT	Medi a	DT	$T_{(191)}$	p
Agotamiento emocional	27,78	14,92	21,71	11,90	33,9	15,21	6,205	,000
Despersonalización	7,21	6,43	7,10	5,41	7,31	7,35	,225	,820
Realización personal	34,28	8,99	30,05	9,00	33,51	8,97	$t_{(190,99)}$ 1,19	,230

\*\*  $p \leq ,01$ 

Nota: Agotamiento emocional: (Bajo: <15; Medio: 15-24; Alto: >24), Despersonalización (Bajo: <4; Medio: 4-9; Alto: >9), Realización personal (Alto: >39; Medio: 33-39; Bajo: <33)

En cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas que padecen, se observa una mayor presencia de enfermedades crónicas en el grupo de ACC (32,3%), respecto al grupo de AC (21%), hallándose una asociación significativa entre el grupo de pertenencia y la presencia de enfermedades crónicas ( $\chi^2=20,421$ ;  $p=,000$ ) (véase Tabla 3).

Tabla 3. Presencia / ausencia de enfermedades crónicas en función de la actividad desempeñada.

	Total (N=193)		Amas de casa de AC (n=97)		Cuidadoras ACC (n=96)		Prueba de contraste	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	$\chi^2$	p
Ausencia enfermedad	90	46,6	56	29	34	17,7	20,421	,000**
Presencia enfermedad	103	53,4	41	21	62	32,3		

\*\*  $p \leq ,01$ 

De igual modo, al centrarnos en el análisis del número de enfermedades crónicas, se ha hallado atendiendo al total de la muestra que el 53,4% padece de una a tres tipos diferentes de éstas frente al 37,9% de las mujeres estudiadas que padecen una sola enfermedad crónica. En cuanto al análisis de porcentajes, comparando a las amas de casa por grupo de pertenencia, se ha hallado que el 32,3% del grupo ACC presentan algún tipo de enfermedad crónica frente al 21 % de participantes pertenecientes al grupo de AC. Resulta mayor el porcentaje de participantes del grupo ACC en todas las categorías analizadas,

obteniéndose valores significativos para esta asociación ( $\chi^2=90,301$ ;  $p=,000$ ) (véase Tabla 4).

Tabla 4. Cantidad de enfermedades crónicas que padecen en función de la actividad desempeñada.

	Total (n=103)		Amas de casa AC (n=41)		Cuidadoras ACC (n=62)		Prueba de contraste	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	$\chi^2$	p
1 enfermedad	73	37,9	28	14,4	45	23,4	90,301	,000**
2 enfermedades	23	11,9	11	5,6	12	6,3		
3 enfermedades	7	3,6	2	1,0	5	2,6		

\*\*  $p \leq ,01$

Por último, al analizar el tipo de patologías médicas que padecen, se observa que el porcentaje es mayor en los problemas referidos al aparato locomotor (24,4%), resaltando el 18,7% de participantes del grupo de las ACC, considerablemente más frecuente respecto a las AC (5,7%). Además, la asociación entre ser cuidadora y presencia de patología fue significativa ( $\chi^2=102,259$ ;  $p=,000$ ) (véase Tabla 5).

Tabla 5. Presencia de patologías médicas en las participantes

	Total (N=196)		Amas de casa AC (n=97)		Cuidadoras ACC (n=96)		Prueba de contraste	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	$\chi^2$	p
Ninguna	90	46,6	56	29	34	17,6	102,259	,000**
Problemas cardiovasculares	16	8,3	7	3,6	9	4,7		
Problemas endocrino-metabólicos	16	8,3	8	4,1	8	4,1		
Problemas en el aparato locomotor	47	24,4	11	5,7	36	18,7		
Otros	24	12,4	15	7,8	9	4,7		

\*\*  $p \leq ,01$

## Discusión

En este trabajo se pretendía conocer la prevalencia del síndrome de burnout, así como la presencia de enfermedades crónicas en amas de casa y, dentro de ellas además, en aquellas que actúan como cuidadoras informales de un familiar enfermo de Alzheimer. Los hallazgos obtenidos ponen de manifiesto

que un porcentaje considerable de las participantes (en torno a un 12%) presentan síndrome de burnout.

Si nos referimos a algunos datos de prevalencia del *burnout* vemos que nuestro resultado se aproxima más al 14,9% de prevalencia de *burnout*, que según refieren autores como Gil-Monte (2009) se han obtenido en el sector sanitario en estudios realizados en diferentes países europeos, incluido España. Nuestra muestra refleja las relaciones de servicio que existen hacia quienes dedican su cuidado, con un nivel de exigencia permanente e intenso de contacto personal y emocional, lo que generalmente les resulta gratificante, pero a la vez puede ser muy estresante, propiciando ambientes laborales con elevada exigencia y pobres recursos (Maslach y Leiter, 2016).

A pesar de la escasez actualmente de investigaciones dedicadas al síndrome de *burnout* en la mujer ama de casa, el 11,9% de prevalencia obtenido en este estudio supera el porcentaje de prevalencia 1,95% informado en el estudio de Pascual (2001). En su muestra de amas de casa, dicho autor incluía a mujeres que trabajaban tanto dentro del entorno familiar como fuera de éste, percibiendo por ello una remuneración económica. De hecho, la diferencia de resultados pudiera responder a que las participantes, en nuestro estudio, realizan su actividad laboral exclusivamente dentro del entorno familiar, sin remuneración. De igual modo, los datos aquí obtenidos, van en la línea de lo informado por Rodríguez et al. (2014) quienes obtuvieron un porcentaje de prevalencia de *burnout* de 11,3% en mujeres amas de casa, similar al obtenido en nuestra muestra.

Esto se agudiza en los casos en que, además, esta mujer ama de casa se dedica al cuidado de un familiar enfermo de Alzheimer, al que tiene que ayudarle o realizarle todas las acciones básicas de la vida diaria, como puede ser: la higiene personal, vestir, alimentar y facilitar la movilidad al familiar enfermo, que puede encontrarse en cualquiera de las fases de la evolución de su enfermedad. Dicha enfermedad, implica un marcado deterioro cognitivo, funcional y conductual que hace se manifieste con agresividad, negatividad y otros síntomas demenciales. El manejo de esta situación requiere, por parte de la mujer ama de casa cuidadora, una estrecha interacción con el familiar enfermo, exigiendo de ellas una mayor dedicación (Espinosa et al., 2010; Fernández de Larrinoa et al., 2011), y una excesiva sobrecarga laboral que, en la medida que aumente, también incrementará el deterioro de su salud (Aldana y Guarino, 2012; Campos et al. 2014).

Como hemos referido, con anterioridad, estas mujeres soportan una sobrecarga laboral añadida por su dedicación al cuidado del familiar enfermo de Alzheimer (Rivera y Requena, 2013) que puede justificar, de alguna manera, la sutil diferencia en el porcentaje mayor obtenido por las ACC. No obstante, los niveles de sobrecarga laboral que resisten las AC, dada por la propia característica de su actividad, también pudiera explicar la presencia de burnout en este grupo (González et al. 2009).

Atendiendo a las distintas dimensiones del síndrome, destaca el que hecho de que un porcentaje considerable de participantes se sitúen en niveles altos de agotamiento emocional, frente a los porcentajes obtenidos en las dimensiones realización y despersonalización, en las que los porcentajes tienden a ser mayor en los niveles medios. Estos hallazgos vuelven a poner de manifiesto

la importancia de la dimensión agotamiento emocional como eje central para el desarrollo del síndrome de burnout (Maslach y Leiter, 2016).

Por otro lado, los resultados obtenidos en este estudio van en la línea de lo informado en distintas investigaciones en las que se analiza la relación entre burnout y salud. Así, se pone de manifiesto la afectación de la salud de estas mujeres, de acuerdo a la cantidad de dolencias que padecen, y se considera como negativa la repercusión que ha tenido la labor de cuidar (Sánchez y Sánchez, 2011; Suñer, Grau, Font, Gras, Bertran y Sullman, 2013). El cuidado a un familiar con Alzheimer supone un factor de riesgo añadido para el cuidador. Existen estudios que confirman la existencia de alteraciones, tales como dolencias musculo-esqueléticas y del aparato locomotor (Muñoz y Barba, 2007), afectaciones que con mayor frecuencia se han detectado en nuestras amas de casa cuidadoras.

En conclusión, el cuidado a un familiar enfermo de Alzheimer favorece la aparición de altos niveles de agotamiento emocional y la presencia de enfermedades crónicas en mujeres amas de casa, lo que ha de tenerse en cuenta al diseñar programas de intervención orientados a la prevención del síndrome de burnout, en este colectivo de amas de casa.

#### Referencias

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9, 093-107.
- Aldana, G. y Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista SUMMA psicológica UST*, 9, 5-14.
- Avargues, M.L., Borda, M. y López, A.M. (2010a). Working conditions, burnout and stress symptoms in university professors: Validating a structural model on the mediating effect of perceived personal competence. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 284-296.
- Avargues, M.L., Borda, M. y López, A.M. (2010b). El “core of burnout” y los síntomas de estrés en el personal de Universidad. Prevalencia e influencia de variables de carácter sociodemográfico y laboral. *Boletín de Psicología*, 99, (julio), 89-101.
- Avargues, M.L., Borda, M. y López, A.M. (2010c). Condiciones de trabajo, burnout y síntomas de estrés en la Universidad: validación de un modelo estructural sobre el efecto mediador de la competencia personal percibida. *Behavioral Psychology*, 18, 317-341.
- Avargues, M.L. y Borda, M. (2010). Occupational stress and burnout syndrome at University: descriptive analysis of the current situation and review of the principal lines of research. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 6, 67-72.
- Borda, M., Luque, A. Avargues, M.L., Nieto, F.J., Sánchez, M. y Almeda, N. (2017). Comer emocional y estrés laboral : Hacia entornos y hábitos de trabajo saludables. Seguridad y promoción de la salud (en revisión).
- Campos, A. M. (2016). Burnout en amas de casa: el cuidado de familiares enfermos de Alzheimer. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. España. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11441/41030>

- Campos, A. M., Borda, M., Avargues, M. L., López, A. M. y Párraga, C. (2014). *Salud y Burnout en amas de casa y familiares cuidadoras de enfermos de Alzheimer*. VII Conferencia Internacional Psicología de la Salud, 10-14 de Noviembre, La Habana, Cuba.
- Espinosa, J. M., Muriel, R., Coello, S., et al (2010). *Al Lado, itinerario de atención compartida: Demencias / Alzheimer*. Cádiz: Confeafa.
- Fernández de Larrinoa, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta J. y Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23, 388-393.
- Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 169-173.
- Gómez, B., Montero, J., Demarzo, M. M. P., Pereira, J. P. y García, J. (2013). Utilidad de los marcadores biológicos en la detección precoz y prevención del síndrome de burnout. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 245-253.
- González, M. T., Landero, R. y Moral, J. (2009). Cuestionario de Burnout para Amas de Casa (CUBAC): Evaluación de sus propiedades psicométricas y del modelo secuencial de burnout. *Revista Universitas Psychologica*, 8, 533- 544.
- Johnson, R. W. y Wiener, J. M. (2006). *A profile of frail older Americans and their caregivers*. Washington, DC: The Urban Institute. Disponible en: <http://www.urban.org/UploadedPDF/311284olderamericans.pdf>
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. 2ª ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach C. y Leiter, M.P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 103-111.
- Moral, J., González, M.T. y Landero, R. (2011). Estrés Percibido, ira y burnout en amas de casas mexicanas. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2, 123-143.
- Muñoz, M. y Barba, M. (2007). *La enfermedad de Alzheimer como factor de riesgo posicosomático para el familiar cuidador de enfermos crónicos discapacitados*. Tesis Doctoral. RIUMA. Universidad de Málaga. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10630/2688>
- Palomino, G. L., González Pedraza, A. y Blanco, L. A. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13, 159-166.
- Pascual, E. (2001). *El ama de casa y el burnout*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Rivera, M. y Requena, C. (2013). *Variables de riesgo asociadas al Burnout entre Cuidadores Familiares de Enfermos de Alzheimer en el Oeste de Puerto Rico*. Tesis Doctoral, Universidad de León, Fundación Universitaria Iberoamericana. Disponible en: [https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/2880/tesis\\_d5d851.PDF?sequence=1](https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/2880/tesis_d5d851.PDF?sequence=1)
- Rodríguez, U., Trillos, L. F. y Baute, V. C. (2014). Caracterización del síndrome de burnout en amas de casa residentes en el barrio Rodrigo de Bastidas de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Psicogente*, 17, 431-441.

- Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: IMSERSO.
- Seisdedos, N. (1997). *Inventario de Burnout de Maslach*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sánchez, S. y Sánchez, M. P. (2011). Salud, ansiedad y autoestima en mujeres de mediana edad cuidadoras y no cuidadoras. *Ansiedad y Estrés* 17, 27-37.
- Suñer, R., Grau, A., Font, S., Gras, M. E., Bertran, C. y Sullman, M. J. M. (2013). *Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 305-313.

## **CUIDADORES DE ABRIGOS INSTITUCIONAIS: TRABALHO, ESTRESSE E ADOECIMENTO.**

Rosângela Maria Negri Ferrão Pagnota (PUC-Campinas/SP)

e-mail: rosangelapagnota@hotmail.com

Helena Bazanelli Prebianchi (PUC-Campinas/SP)

A partir das reflexões de Seligmann-Silva (2011), sobre a saúde mental e o adoecimento relacionado ao trabalho, analisou-se as possíveis repercussões nos cuidadores de abrigos. Sabe-se que estes profissionais enfrentam no “cuidar” eventos estressores, devido às demandas complexas dos acolhidos e suas famílias, o excesso de tarefas, responsabilidades, preocupações, sobrecarga emocional e em algumas situações o impedimento de agir (Seligmann-Silva, 2011), de ir além do permitido pelas políticas públicas, que podem levar ao desgaste físico, psicológico e emocional, interferindo na prática profissional. O trabalho deve ter significado, um valor, uma finalidade, um propósito para ser executado, vinculado ao que somos, como a nossa prática impacta no mundo e como demonstra quem somos. Sabemos que muitas modificações ocorreram nos ambientes de trabalho devido à globalização e a velocidade como esta se dá. No caso dos cuidadores de abrigos o significado do trabalho é oferecer possibilidades para o desenvolvimento dos acolhidos, sem deixar de lado, o que é necessário para a execução de um trabalho digno, eficiente, saudável para todos os envolvidos. Contudo, vivenciando o impedimento de agir, a impotência diante da falta de infraestrutura e de políticas públicas, os cuidadores de abrigos, estarão limitados na sua capacidade de favorecer o desenvolvimento dos acolhidos e suscetíveis ao adoecimento, chamando a atenção para a necessidade de um novo modelo de trabalho nesse setor, que possa trazer qualidade de vida a todos os envolvidos.

Palavras-chave: Cuidadores, Abrigo, Estresse Psicológico.

## **IMAGEN CORPORAL Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA (CB): DIFERENCIAS DE GÉNERO**

Alcalá Romero Bibiana. Psicóloga, colaboradora Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla. Bibiana.alc.rom@gmail.com

Nieves Alcalá Sonia. M.I.R. de Familia, Hospital Virgen del Rocío. snievesalcala@gmail.com

Alcalá Pérez Visitación. Profesora Contratada Doctora. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla. valcala@us.es

### **Resumen.**

El objetivo de este estudio es valorar las diferencias por género de los pacientes con obesidad mórbida, candidatos a Cirugía Bariátrica. La muestra se compone de 441 pacientes. La evaluación se realizó mediante entrevista clínica, el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE, versión CIE-10) y la Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner. Los resultados muestran que las mujeres con obesidad solicitan este tipo de tratamiento dos veces más que los hombres. Las diferencias por género se encuentran en una mayor patología del Eje I en el grupo de mujeres, a expensas de los trastornos afectivos, así como un mayor índice de insatisfacción y de distorsión de la imagen corporal.

Palabras claves: Obesidad Mórbida, Cirugía Bariátrica, Imagen Corporal, Trastorno Personalidad.

Palavras-chave: obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, Imagem Corporal, Transtorno da Personalidade.

## **MENOR ATRACCIÓN POR LOS ALIMENTOS DULCES EN ADOLESCENTES CON HÁBITOS ALIMENTARIOS NO SALUDABLES**

Rafael Delgado Rodríguez<sup>1</sup> ([rfdelgado@ugr.es](mailto:rfdelgado@ugr.es)), Laura Miccoli<sup>1</sup> ([lauramiccoli@ugr.es](mailto:lauramiccoli@ugr.es)), Myriam Martínez Fiestas<sup>1</sup> ([mmfiestas@ugr.es](mailto:mmfiestas@ugr.es)), Sonia Rodríguez Ruiz<sup>1</sup> ([srruiz@ugr.es](mailto:srruiz@ugr.es)), Isabel A. David<sup>2</sup> ([ipantunes@ig.com.br](mailto:ipantunes@ig.com.br)) y M. Carmen Fernández-Santaella<sup>1</sup> ([mcfersan@ugr.es](mailto:mcfersan@ugr.es))

<sup>1</sup>Universidad de Granada (España)

<sup>2</sup>Universidad Federal Fluminense (Brasil)

### **Resumen**

En este estudio se examina si la presencia de hábitos alimentarios no saludables en adolescentes –relacionados con mayor riesgo de padecer trastornos alimentarios u obesidad– se asocia a un diferente procesamiento emocional de los alimentos dulces de alto contenido calórico. 552 adolescentes (279 chicas) entre 11.1 y 17.3 años evaluaron 60 imágenes (24 de alimentos dulces, 12 agradables, 12 neutras y 12 desagradables) en las dimensiones de valencia, *arousal*, dominancia y deseo; además, rellenaron un cuestionario de hábitos alimentarios y actividad física. Se pesó y midió a cada participante para calcular su IMC. Se utilizaron MANCOVAS múltiples para evaluar el impacto de cada factor de riesgo sobre las evaluaciones afectivas de los alimentos y las imágenes emocionales, incluyendo la edad, el sexo y el hambre como covariadas. Los adolescentes con obesidad, o que informaron estar haciendo dietas inapropiadas u otras conductas no saludables, mostraron menor atracción por los alimentos dulces, mientras que el impacto de estos hábitos sobre la evaluación de las imágenes emocionales fue muy limitado. Los resultados apoyaron una perspectiva integrada de los trastornos alimentarios y la obesidad, sugiriendo que el placer asociado a la ingesta podría constituir un factor de protección para ambos tipos de trastornos.

*Estudio financiado por un Proyecto de Investigación de Excelencia de la Junta de Andalucía [P12.SEJ.391].*

**Palabras clave:** Obesidad, Trastornos Alimentarios, Prevención Integrada, Procesamiento Emocional

**Palavras chave:** Obesidade, Trastornos Alimentares; Prevenção Integrada, Procesamento Emocional

## ¿ES LA INSATISFACCIÓN CORPORAL UN FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE LA ALIMENTACIÓN EN MUJERES CON OBESIDAD?

Sandra Díaz-Ferrer<sup>1</sup>, Isabel Fernández-Ramírez<sup>1</sup>, Jose L. Mata-Martín<sup>1</sup>, Sonia Rodríguez-Ruiz<sup>1</sup>, Lisiane Bizarro<sup>2</sup> y M. Carmen Fernández-Santaella<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Investigación Mente Cerebro y Comportamiento (CIMCYC).  
Universidad de Granada (España)

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (Brasil)

Correos electrónicos: sdiaz\_1@ugr.es (S. Díaz-Ferrer), isabelfr@correo.ugr.es (I. Fernández-Ramírez), matamar@ugr.es (J.L. Mata-Martín), srruiz@ugr.es (S. Rodríguez-Ruiz), lisiane.bizarro@ufrgs.br (Lisiane Bizarro), mcfersan@ugr.es (M.C. Fernández-Santaella).

### Resumen

**Objetivos.** El objetivo de este estudio fue evaluar el perfil psicológico y los síntomas de trastornos de conducta alimentaria (TCA) en mujeres con obesidad. **Metodología.** En el estudio participaron 20 mujeres con edades comprendidas entre los 18-30 años de edad con un Índice de Masa Corporal (IMC) comprendido entre 31-37. La muestra fue dividida en dos grupos en función de su nivel de insatisfacción corporal (IC): alta insatisfacción ( $n=10$ ) y baja insatisfacción ( $n=10$ ). El perfil psicológico de cada grupo (Alta vs Baja IC) y los síntomas de TCA fueron evaluados con los siguientes cuestionarios: *Beck Depression Inventory*, *State-Trait Anxiety Inventory*, *Rosenberg Self-Steem Scale* y *Bulimic Investigatory Test Edinburgh*. **Resultados.** Los datos revelaron que las mujeres con obesidad y alta IC mostraron más problemas psicológicos que las mujeres con obesidad y baja IC, presentando mayores niveles de depresión, ansiedad, baja autoestima y mayor número de síntomas relacionados con TCA. **Discusión e implicaciones.** Estos resultados sugieren que los tratamientos dirigidos a las personas con obesidad deben incluir módulos específicos para reducir la IC y los síntomas ansioso-depresivos asociados, así como mejorar la autoestima y los hábitos alimentarios patológicos, y no centrarse de manera exclusiva en la reducción del peso.

**Palabras clave:** Obesidad, Insatisfacción Corporal, Síntomas ansioso-depresivos, Trastorno de la alimentación.

## Resumo

**Objetivos.** O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil e os sintomas de transtornos alimentares (TA) em mulheres com obesidade psicológica. **Metodologia.** O estudo envolveu 20 mulheres com idades entre 18-30 anos, com um índice de massa corporal (IMC) entre 31-37. A amostra foi dividida em dois grupos, de acordo com o seu nível de insatisfação corporal (IC): alta insatisfação (n = 10) e baixa insatisfação (n = 10). O perfil psicológico de cada grupo (Alto vs. Baixo IC) e sintomas de TCA foram avaliados com os seguintes questionários: *Beck Depression Inventory*, *State-Trait Anxiety Inventory*, *Rosenberg Self-Steem Scale* e *Bulimic Investigatory Test Edinburgh*. **Resultados.** Os dados revelaram que mulheres com obesidade e alto IC apresentaram problemas mais psicológicos do que mulheres com obesidade e baixo IC, com níveis mais elevados de depressão, ansiedade, baixa autoestima e mais sintomas relacionados ao TCA. **Discussão e implicações.** Estes resultados sugerem que tratamentos que visam as pessoas com obesidade devem incluir módulos específicos para reduzir IC e sintomas de ansiedade e depressão associados, melhorar autoestima e hábitos alimentares patológicos, e não se concentrar exclusivamente em redução de peso.

**Palavras-chave:** Obesidade, insatisfação corporal, ansiedade e depressão, transtorno alimentar

## Introducción

Las implicaciones de la obesidad en la salud física de las personas que la padecen han sido bien estudiadas. La mayoría de intervenciones se han focalizado en conseguir la reducción del peso, al ser considerado uno de los principales riesgos para la salud de estas personas. Sin embargo, pocos estudios han prestado atención al papel que podrían estar jugando distintos factores psicológicos en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad.

Existe suficiente evidencia para afirmar que la insatisfacción corporal es uno de los principales factores explicativos del desarrollo y mantenimiento de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Jansen, Havermans, Nederkoorn y Roefs, 2008; Stice, 2002). No obstante, no siempre se le ha prestado la suficiente atención en los programas que tratan de abordar los problemas de obesidad. Asimismo, en la literatura científica existen datos que muestran una relación entre la insatisfacción corporal y algunos problemas psicológicos, como la depresión (Ward y Hay, 2015) y la baja autoestima (Fortes, Coelho, Paes, Elisa y Ferreira, 2014; Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan y Eisenberg, 2006). También se ha asociado con la puesta en marcha de conductas de control del peso poco saludables y extremas (Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines y Story, 2006), como la realización de dietas restrictivas

y uso de laxantes; y con el inicio de síntomas bulímicos, como la práctica de atracones (Andrés y Saldaña, 2014) y purgas, y con el desarrollo de otras alteraciones alimentarias (Cattarin y Thompson, 1994; Stice, 2002). Además, se ha observado que las personas con insatisfacción corporal ponen en marcha menos comportamientos dirigidos a promover su salud, como realizar actividad física y tener una dieta saludable (Neumark-Sztainer et al., 2006).

Por otra parte, algunos autores apuntan a que existe una correlación positiva entre el índice de masa corporal (IMC) y el nivel de insatisfacción corporal. Así, las personas con un mayor IMC son más vulnerables a experimentar mayor insatisfacción corporal (Annis, Cash y Hrabosky, 2004; Casillas-Estrella, Montaña-Castrejón, Reyes-Velázquez, Bacardí-Gascón y Jiménez-Cruz, 2006; Schwartz y Brownell, 2004). Otro dato llamativo, es que las mujeres con obesidad suelen estar más insatisfechas con sus cuerpos que los hombres en su misma situación (Trejo, Castro, Facio, Mollinedo y Valdez, 2010). Así pues, en la sociedad actual, donde la delgadez es un valor, no es de extrañar que las personas que se alejan de esta norma de belleza sean más vulnerables a sufrir insatisfacción corporal. Recientemente, en un estudio llevado a cabo con adolescentes de entre 14-18 años se encontró que las chicas con bajo peso y los chicos con normopeso estaban más satisfechos con su imagen, mientras que los adolescentes de ambos géneros con sobrepeso estaban insatisfechos (Dion et al., 2015).

Dado el impacto negativo que tiene la insatisfacción corporal sobre la salud física y mental de las personas que la experimentan y su relevancia como precursor de trastornos alimentarios clínicos, así como la relación que existe entre IMC e insatisfacción corporal, se hace necesario analizar el impacto que distintas variables psicológicas, como las citadas en párrafos anteriores, podrían tener sobre el ajuste psicológico de las mujeres con obesidad. Así, el objetivo de este estudio fue evaluar el perfil psicológico de un grupo de mujeres con obesidad a través de sus síntomas depresivos, ansiedad, autoestima, insatisfacción corporal y síntomas de trastornos de conducta alimentaria (TCA).

## **Método**

### **Participantes**

En el estudio participaron 26 mujeres universitarias con edades comprendidas entre los 18 y 30 años de edad con un IMC comprendido entre 31-37. La muestra fue dividida en dos grupos en función de su nivel de insatisfacción corporal (IC): alta insatisfacción ( $n = 16$ ) y baja insatisfacción ( $n = 10$ ). Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes: a) una puntuación superior a 105 puntos en el *Body Shape Questionnaire* para el grupo de alta insatisfacción y puntuación menor de 85 puntos para el grupo de baja insatisfacción (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987; Raich et al., 1996) y, b) un IMC superior a 30. Los criterios de exclusión fueron: 1) presencia de atracones y/o conductas purgativas (p. e.j. vómitos auto-inducidos), 2) seguir un programa de pérdida de peso, 3) consumir drogas y/o alcohol, 4) estar bajo tratamiento psicológico y/o farmacológico, 5) tener problemas cardiovasculares,

hipertensión u asma, y 6) estar bajo tratamiento o haber recibido tratamiento para la imagen corporal.

## Medidas

*Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Consta de 21 ítems que evalúan síntomas de depresión a través de una escala de 4 puntos, pudiendo oscilar las puntuaciones entre 0 y 64 puntos. El rango de puntuación para la depresión leve está entre 10 y 16, y para la depresión moderada entre 17 a 29, por encima del valor 30 se considera depresión profunda (Beck y Steer, 1993). En el presente estudio se utilizó una versión validada en español de Sanz y Vázquez (1998).

*State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-R; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Este cuestionario evalúa la ansiedad como rasgo donde se señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como peligrosas. Presenta 20 ítems con una escala tipo *Likert* que va desde “*Casi nunca*” (0) a “*Casi siempre*” (3). En mujeres adultas, las puntuaciones directas que indican su posición en el centil 50, 75, 85 y 99 son 24, 32, 37 y entre 49-60, respectivamente.

*Rosenberg Self-Steem Scale* (RSEA; Rosenberg, 1989). Consta de 10 ítems que evalúan el nivel de aceptación y el respeto hacia uno mismo, en un formato escala tipo *Likert* que va desde “Totalmente en desacuerdo” (1) a “Totalmente de acuerdo” (4). Cuando la puntuación es inferior a 25 puntos es indicativo que existen problemas significativos de autoestima. En este estudio se ha utilizado la adaptación española de Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007).

*Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE; Henderson y Freeman, 1987). Consta de 33 ítems que evalúan sintomatología bulímica en los cuales hay que responder “Sí” o “No”. El punto de corte está en 25 puntos. En este estudio se ha utilizado la adaptación y validación española de Rivas, Bersabé y Jiménez (2004).

## Procedimiento

Las participantes fueron citadas para llevar a cabo una primera entrevista individual con una psicóloga clínica para confirmar que cumplían los criterios de inclusión del estudio. En esta misma sesión las participantes fueron pesadas y medidas para calcular su IMC. Las participantes que decidieron colaborar de forma voluntaria fueron citadas de nuevo para llevar a cabo la evaluación de su perfil psicológico cumplimentando los siguientes cuestionarios: Beck Depression Inventory, Inventario de Ansiedad Rasgo, Escala de Autoestima de Rosenberg y Bulimic Investigatory Test Edinburg.

## Análisis Estadísticos

Todos los análisis fueron realizados con el paquete estadístico SPSS 15 para Windows. Las diferencias entre los dos grupos en las distintas medidas psicológicas (Beck Depression Inventory, Inventario de Ansiedad Rasgo, Escala de Autoestima de Rosenberg y Bulimic Investigatory Test Edinburg) fueron analizadas utilizando análisis univariantes de varianza (ANOVAs). El tamaño del efecto de las diferencias entre grupos se muestra a través del eta cuadrado parcial ( $\eta_p^2$ ). El nivel de significación se fijó en 0.05 para todos los análisis.

## Resultados

Los resultados del ANOVA univariante muestran diferencias significativas en los síntomas depresivos entre el grupo de alta y baja IC ( $F(1, 24) = 15.14$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .39$ ). Asimismo, encontramos diferencias significativas entre los dos grupos en la ansiedad rasgo ( $F(1, 24) = 24.21$ ,  $p < .0001$ ,  $\eta_p^2 = .50$ ), autoestima ( $F(1, 24) = 25.16$ ,  $p < .0001$ ,  $\eta_p^2 = .51$ ) y sintomatología bulímica ( $F(1, 23) = 33.32$ ,  $p < .0001$ ,  $\eta_p^2 = .59$ ). Como se puede observar en la Tabla 1, el grupo de alta IC puntuó de forma significativamente superior al grupo de baja IC en todas las medidas evaluadas, excepto en autoestima, en la que el grupo de alta IC puntuó de forma significativamente inferior al grupo de alta IC. Los datos parecen indicar que las mujeres con obesidad y alta IC presentan peor ajuste psicológico que las mujeres con obesidad y baja IC.

**Tabla 1.** Puntuaciones medias (y desviaciones típicas) de las distintas medidas psicológicas y significación de los anovas univariantes respectivos para cada grupo (alta y baja IC)

Medidas psicológicas	Grupo (n = 16) <i>M (DT)</i>	Alta IC Grupo (n = 10) <i>M (DT)</i>	baja IC <i>p</i>
<b>BDI</b>	19.72 (10.19)	6,7 (3.36)	.001
<b>STAI-R</b>	34.93 (11.45)	15.10 (6.93)	.0001
<b>AE</b>	17.93 (6.14)	28.80 (3.73)	.0001
<b>BITE</b>	27.06 (7.99)	9.70 (6.27)	.0001

**Nota:** BDI: Inventario de depresión de Beck; STAI-R: Inventario de ansiedad-Rasgo

AE: Escala de autoestima de Rosenberg; BITE: Inventario de síntomas bulímicos.

## Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio confirman que las mujeres con obesidad y alta insatisfacción corporal presentan un perfil psicológico distinto a de las mujeres con obesidad y baja insatisfacción corporal, que se caracteriza

por mayor sintomatología clínica, en concreto alta insatisfacción corporal, mayor número de síntomas depresivos, mayor ansiedad rasgo y baja autoestima.

Por un lado, observamos que las mujeres con obesidad y alta IC presentan síntomas de depresión moderada y puntuaciones medias en el STAI-R por encima de la media, específicamente sus resultados corresponden al percentil 75. Esto apoyaría la literatura que afirma que las mujeres con sobrepeso y obesidad experimentan un mayor riesgo de depresión y malestar emocional (Jeffers, Cotter, Snipes y Benotsch, 2013; McElroy et al., 2004) debido a que sienten que sus cuerpos están muy alejados del actual ideal de belleza, llevándolas a experimentar síntomas depresivos y mayor IC. Asimismo, los datos muestran que las mujeres con obesidad y alta IC presentan una menor autoestima. La presión ejercida por la sociedad sobre las mujeres para conseguir un cuerpo “perfecto” y “esbelto” hace que exista un fuerte estigma hacia la obesidad. La estigmatización de las personas con obesidad tiene un impacto muy negativo sobre su autoestima (Ebner, Latner y O'Brien, 2011), mermando algunas oportunidades en las personas que la padecen y dando lugar a un coste psicológico importante reflejado en la disminución del autoconcepto, peor autoimagen y menor autoeficacia. Las personas con obesidad, a diferencia de las personas con un peso saludable, presentan más insatisfacción corporal, más vergüenza de su cuerpo, mayor preocupación por su apariencia física y evitan más situaciones debido a estas razones (Williams y Frühbeck, 2009). Estos afectos negativos suelen ser la expresión de una raíz emocional común: baja autoestima, falta de habilidades sociales, visión distorsionada del cuerpo e insatisfacción corporal (Puhl, Luedicke y Heuer, 2013).

En relación a la presencia de síntomas clínicos relacionados con bulimia nerviosa encontramos que las mujeres con obesidad y alta IC presentaron puntuaciones por encima del punto de corte para población clínica. Este dato también apoya los resultados encontrados por otros autores (Berg, Frazier y Sherr, 2009; Fitzsimmons-Craft, 2011; Sepulveda, Carroble y Gandarillas, 2008). Existe evidencia de que las mujeres universitarias comparan con frecuencia su cuerpo y peso con el de sus compañeras, influyendo esto en el desarrollo de hábitos de alimentación poco saludables y en la IC (Fitzsimmons-Craft, 2011). Berg, Frazier y Sherr (2009) observaron que un 49% de las mujeres universitarias de la muestra evaluada presentaban conductas de atracón y/o llevaban a cabo conductas compensatorias al menos una vez por semana. En España, Sepulveda, Carroble y Gandarillas (2008) encontraron en una muestra de 2551 estudiantes universitarios que las mujeres presentaban, en general, una mayor insatisfacción corporal, preocupación por la comida y conductas de control de peso no saludables, como la dieta, el uso de laxantes y los vómitos autoinducidos.

Por otro lado, encontramos que las mujeres con obesidad y baja IC no presentan niveles clínicos en depresión, ansiedad, sintomatología bulímica ni problemas de autoestima. Esto indica que presentan un mejor ajuste psicológico que las mujeres con obesidad y alta IC. En consecuencia, estos datos podrían estar indicando que el IMC en mujeres con obesidad no es el responsable de todos los problemas de imagen corporal y síntomas asociados que suelen presentar, más bien parecen indicar que la alta IC es la que mejor predice la sintomatología clínica en mujeres con obesidad.

Finalmente, nuestros datos resaltan la necesidad de complementar los tratamientos de pérdida de peso con programas psicológicos dirigidos a reducir la IC para garantizar la efectividad de estos programas, prevenir posibles recaídas y mejorar el ajuste psicológico de las mujeres con obesidad y alta IC.

## Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado por un proyecto de investigación concedido por el Ministerio Español de Economía y Competitividad [PSI2012-31395] y la Universidad de Granada [Contrato Puente 2015-2016]

## Referencias

- Andrés, A. y Saldaña, C. (2014). Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. *Nutrition Research*, 34, 944–950.
- Annis, N. M., Cash, T. F., y Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1, 155–167.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Berg, K. C., Frazier, P. y Sherr, L. (2009). Change in eating disorder attitudes and behavior in college women: Prevalence and predictors. *Eating Behaviors*, 10, 137–142.
- Casillas- Estrella, M., Montañó-Castrejón, N., Reyes-Velázquez, V., Bacardí-Gascón, M. y Jiménez-Cruz, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*, 17, 243-249.
- Cattarin, J. A. y Thompson, J. K. (1994). A Three-Year Longitudinal Study of Body Image, Eating Disturbance, and General Psychological Functioning in Adolescent Females. *Eating Disorders*, 2, 114-125
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Dion, J., Blackburn, M. E., Auclair, J., Laberge, L., Veillette, S., Gaudreault, M..., Touchette, É. (2015). Development and aetiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. *International Journal of Adolescence and Youth*, 22 (2), 37–41.
- Ebneter, D. S., Latner, J.D. y O'Brien, K. S. (2011). Just world beliefs, causal beliefs, and acquaintance: Associations with stigma toward eating disorders and obesity. *Personality and Individual Differences*, 51, 618–622.

- Fitzsimmons-Craft, E. E. (2011). Social psychological theories of disordered eating in college women: Review and integration. *Clinical Psychology Review*, 31, 1224–1237.
- Fortes, L.S., Coelho, F.D., Paes, S.T., Elisa, M. y Ferreira, C. (2014). Does self-esteem affect body dissatisfaction levels in female? *Revista Paulista de Pediatria*, 21, 236-240.
- Henderson, M. y Freeman, C.P. (1987). A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Jansen, A., Havermans, R., Nederkoorn, C. y Roefs, A. (2008). Jolly fat or sad fat? Subtyping non-eating disordered overweight and obesity along an affect dimension. *Appetite*, 51, 635-640.
- Jeffers, A., Cotter, E.W., Snipes, D.J. y Benotsch, E.G. (2013). BMI and depressive symptoms: The role of media pressures. *Eating Behaviors*, 14, 468–471.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467.
- McElroy, S. L., Kotwal, R., Malhotra, S., Nelson, E. B., Keck, P. E., Jr. y Nemeroff, C. B. (2004). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 634–651.
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J. y Story, M. (2006). Does Body Satisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. *Journal of Adolescent Health*, 39, 244–251.
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J. y Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 539–549.
- Puhl, R. M., Luedicke, J. y Heuer, C. A. (2013). The Stigmatizing Effect of Visual Media Portrayals of Obese Persons on Public Attitudes: Does Race or Gender Matter? *Journal of Health Communication*, 18, 805–826.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.
- Rivas, T., Jiménez, M. y Bersabé, R. (2004). Fiabilidad y validez del Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. *Psicología Conductual*, 3, 447-62.
- Rivas, T., Jiménez, M. y Bersabé, R. (2004). Fiabilidad y validez del Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. *Psicología Conductual*, 3, 447-462.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.

- Schwartz, M. B., y Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1, 43–56.
- Sepúlveda, A. R., Carrobes, J. A y Gandarillas, A. M. (2008). Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. *BMC Public Health*, 8, 102.
- Spielgerber, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825–848.
- Trejo, P.M, Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F.E. y Valdez, G. (2010). Disatisfaction with de body shape associated to the Body Mass Index in adolescents. *Revista Cubana de Enfermería*, 26, 144-154.
- Williams, G. y Frühbeck (2009). *Obesity: Science to Practice*. United Kingdom: Wiley-Blackwell

## **“EMOTIONAL EATING” ANTE DISTINTAS SITUACIONES EMOCIONES EN ESTUDIANTES Y TRABAJADORES: SU INFLUENCIA EN EL IMC**

Pilar Delgado Martínez <sup>(2)</sup>, Mercedes Borda Mas <sup>(1 y 2)</sup>, M<sup>a</sup> Luisa Avargues Navarro <sup>(1)</sup>, Agustín Luque Fernández <sup>(2)</sup>, Javier Nieto Lorite <sup>(2)</sup>, Milagrosa Sánchez Martín <sup>(3)</sup>.

(1) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla (2) Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Universidad de Sevilla. (3) Universidad Loyola Andalucía

e-mail: pildelmar@gmail.com

### **Resumen**

El comer emocional o “*emotional eating*” es una forma inadecuada de afrontar las emociones asociadas a situaciones de estrés. Las investigaciones apenas han tenido en cuenta las emociones positivas (centradas en negativas) y las situaciones emocionales. El objetivo fue conocer, en general, y en función del sexo y grupo de pertenencia (trabajadores o estudiantes), cómo distintas situaciones y emociones (positivas y negativas) se asocian a cambios en los hábitos alimentarios, y como éstos influyen en el IMC. La muestra estuvo formada por 219 participantes. El instrumento de evaluación utilizado fue el EMAQ (Nolan, Halperin y Geliebter, 2010). Los resultados mostraron que las situaciones y emociones negativas alteraban más los hábitos alimentarios que las positivas. Los hombres comieron más ante situaciones y emociones positivas, y las mujeres incrementaron la ingesta ante la tristeza. En cuanto al grupo de pertenencia, se hallaron diferencias ante el aburrimiento, siendo los estudiantes quienes más comían. En las mujeres, ser trabajadora y comer más la ante la tristeza influía en el aumento del IMC, mientras que en los hombres era factor de riesgo comer más ante el entusiasmo. Se concluye que las emociones y situaciones positivas y negativas influyen de manera distinta en el comer emocional, y que es necesario estudiar otras variables personales que puedan mediar en el comer emocional, así como las características de las situaciones con mayor potencial para generarlo.

Palabras clave: Comer Emocional, Emociones, Situaciones Emocionales, IMC.

### **Resumo**

O comer emocional ou “*emotional eating*”; é uma forma inadequada de lidar com as emoções associadas com o stress. As investigações apenas têm em conta as emoções positivas (com foco no negativo) e situações emocionais. O objetivo foi conhecer, em geral e de acordo com sexo e o grupo dos membros (trabalhadores ou estudantes), como diferentes situações e emoções (positivas e negativas) estão associados a mudanças nos hábitos alimentares, e afetam o IMC. A amostra foi composta de 219 participantes. A ferramenta de avaliação utilizado foi o EMAQ (Nolan, Halperin e Geliebter, 2010). Os resultados demonstraram que situações e emoções negativas alteravam mais os hábitos alimentares do que as positivas. Os homens comeram mais em situações e emoções positivas, enquanto que as mulheres aumentaram a ingestão perante

a tristeza. Em relação ao grupo de pertença, foram encontradas diferenças ao face ao tédio, sendo os estudantes os que comiam mais. Nas mulheres, ser trabalhadora e comer mais perante a tristeza influenciou o aumento do IMC, enquanto que nos homens o factor de risco se dá perante momentos de entusiasmo em que comem mais. Conclui-se que as emoções, tanto as situações positivas como as negativas influenciam de forma diferente o comer emocional, e é necessário estudar outras variáveis pessoais que podem influenciar no comer emocional, assim como as características das situações com maior potencial para gerá-lo.

Palavras-chave: comer emocional, emoções, situações emocionais, IMC

## Introducción

A lo largo de la vida, las personas nos enfrentamos ante distintas situaciones y emociones, que pueden ser agradables y positivas, o pueden ser displacenteras y generar malestar. Estas situaciones tienen en común, que provocan, en la mayoría de los casos, cambios y necesidad de reajuste ante los mismos, lo que, además, puede tener una serie de efectos sobre la persona y su bienestar en función de cómo son afrontados.

En lo referente a las emociones, hay que decir que a lo largo de los años ha resultado difícil hallar una definición unánimemente aceptada del término emoción, existiendo tantas definiciones como orientaciones y enfoques utilizados para su análisis (Gross y Thompson, 2007; Mulligan y Scherer, 2012). Fridja en 1986 apuntó que las emociones surgen al ser las situaciones evaluadas por el individuo como favorables o perjudiciales para sus intereses, por lo que es el resultado de un proceso de evaluación en función de las preocupaciones del individuo, y determina, finalmente, la conducta de la persona.

Ante la aparición de las emociones (ya sean positivas o negativas), las personas han de gestionarlas y manejarlas, y es a ello a lo que se le denomina regulación emocional. Dentro de las estrategias utilizadas para hacer frente a determinadas emociones, comer sería una de ellas, disminuyendo el estado emocional negativo a través de la ingesta de alimentos (Gross y Thompson, 2007, Macht, 2008). Por tanto, podría entenderse que “el comer” podría convertirse en una conducta utilizada para hacer frente a determinadas emociones, presentándose como una estrategia de afrontamiento ante las mismas.

El “emotional eating” o comer emocional ha sido definido como la predisposición para comer ante la presencia de emociones negativas, como manera de afrontarlas (Faith, Allison y Geliebter, 1997). La teoría del comer emocional señalaba que ciertas personas cuando sienten estrés o malestar emocional comen para hacerle frente (Kaplan y Kaplan, 1957).

Como puede apreciarse, los autores entienden el comer emocional como un aumento de la ingesta de alimentos para manejar las distintas emociones. Sin embargo, estudios recientes como el realizado por Borda et al. (2016) comprenden el término comer emocional como un cambio en los hábitos alimentarios, que podría suponer tanto un aumento como una disminución de la ingesta de alimentos, con el fin de afrontar las distintas situaciones de estrés y

las emociones asociadas a las mismas. Bajo este último supuesto se encuadra el presente trabajo de investigación.

Además de ello, varios estudios demostraron que aquellas personas que cambiaban sus respuestas alimentarias a consecuencia del estrés emocional (comer más de lo necesario) veían su peso afectado incrementándolo, pudiendo provocar sobrepeso u obesidad, con las complicaciones para la salud que ello implica (Borda et al., 2016; Bennet, Greene y Schwartz- Barcott, 2013). Esto justificaría que, en los últimos años, haya incrementado el interés por los efectos que provocan las emociones en la alimentación, dado los daños que pueden ocasionar en la salud de las personas.

Hay que añadir que, a parte de las emociones, las situaciones emocionales (aquellas situaciones cuyas características se han asociado a un mayor potencial para producir estrés) también tendrían influencia en la ingesta de alimentos (Geliebter y Aversa, 2003) al estar asociadas a la aparición, en la persona, de distintas emociones positivas o negativas, en función de si se trata de una situación que el individuo valore como positiva o negativa respectivamente.

Por otro lado, si nos centramos en estudios previos, se ha hallado una gran variabilidad de efectos diferentes en el comer emocional en función de las distintas emociones, por lo que es complicado presagiar cómo influirán determinadas emociones en la alimentación de grupos concretos (Macht, 2008). Este mismo autor afirmó que, ante el estrés y las emociones negativas podrían desencadenarse efectos distintos (aumentar o disminuir la ingesta), que esto podría ocurrir incluso dentro de una misma emoción, y en diferentes grupos de personas e incluso dentro de uno mismo.

Igualmente, hay que afirmar que la mayoría de los estudios se han centrado en poblaciones clínicas (Fox, 2009), por lo que es necesario la investigación en población normal.

Por otra parte, apenas se ha tenido en cuenta la influencia de las emociones positivas en el comer emocional, al igual que se han dejado a un lado la influencia de las situaciones emocionales comentadas anteriormente.

Para finalizar, señalar que en cuanto al tipo de actividad desempeñada, no se han hallado estudios que aborden las diferencias entre grupos. A nuestro entender, sería interesante ahondar en el estudio de las diferencias existentes entre estudiantes y trabajadores en cuanto al uso del comer emocional como estrategia de afrontamiento, dado que cabe suponer que, por sus propias características, presentan distintas habilidades y estrategias para regular las emociones.

Con todo ello, el objetivo general del presente estudio fue conocer, en general, y en función del sexo y grupo de pertenencia (trabajadores o estudiantes), cómo distintas situaciones y emociones (positivas y negativas) se asocian a cambios en los hábitos alimentarios, y como éstos influyen en el IMC.

## Método

### Muestra

La muestra estuvo formada por 219 participantes, de los cuales 81 eran hombres (un 37%) y 138 mujeres (63% de la muestra), con edades comprendidas entre los 21 y 67 años ( $M = 33,5$ ;  $DE = 12,2$ ). La media de edad en los hombres ( $M_{\text{hombres}} = 38,53$ ;  $DE = 11,573$ ) resultó ser mayor que en las mujeres ( $M_{\text{mujeres}} = 30,48$ ;  $DE = 11,603$ ). Además, de estos 219 participantes, 79 eran estudiantes de último curso de psicología (39% de la muestra) y 140 trabajadores de distintos ámbitos (64% de la muestra). Como era previsible, la edad de los trabajadores ( $M_{\text{trabajadores}} = 39,2$ ;  $DE = 11,4$ ) fue mayor que la de los estudiantes ( $M_{\text{estudiantes}} = 23,31$ ;  $DE = 4,7$ ).

### Instrumentos

En primer lugar, se aplicó el Cuestionario de datos sociodemográficos (ad hoc) que consta de siete preguntas sobre edad, sexo, tipo de actividad desempeñada, tiempo que lleva realizando la actividad, peso, altura e IMC.

Posteriormente, se aplicó el Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ, Nolan, Halperin y Geliebter, 2010) para evaluar los hábitos alimentarios ante distintas emociones y situaciones. En concreto, este cuestionario evalúa a través de 22 ítems, cómo se ve alterada la ingesta cuando la persona se ve afectada por distintos estados emocionales positivos y negativos (14 emociones), y por situaciones positivas y negativas (8 situaciones). Para ello, utiliza una escala Likert que va de 1 a 9, siendo uno “como mucho menos de lo habitual” y 9 “como mucho más de lo habitual”, correspondiéndose los valores intermedios con “como igual de lo habitual”

### Procedimiento

Se llevó a cabo un diseño transversal mediante encuesta. El procedimiento de muestreo fue a conveniencia, siempre que se cumplieran los criterios de inclusión (en el caso de los trabajadores ser trabajador en activo desde hace, al menos un mes, y en el caso de los estudiantes ser universitario de último curso) y de exclusión (no estudiar y trabajar simultáneamente).

En el momento de la evaluación, se procedió en primer lugar a la obtención del consentimiento informado que fue facilitado en papel. Tras ello, los participantes procedían a cumplimentar los dos instrumentos de evaluación.

Posteriormente, los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS en su versión 22. Se realizaron análisis descriptivos (medias, desviación tipo, frecuencias y porcentajes), comparaciones de medias, tablas cruzadas y análisis de regresión múltiple.

## Resultados

### Situaciones positivas y negativas y cambios en los hábitos alimentarios

En primer lugar, se pretendía observar qué porcentaje de participantes ante una determinada situación veía alterado sus hábitos alimentarios comiendo menos, igual o más cantidad, para lo cual se optó por realizar un análisis descriptivo de la frecuencia y porcentaje de participantes que se veían afectados por las distintas situaciones (Figura 1).

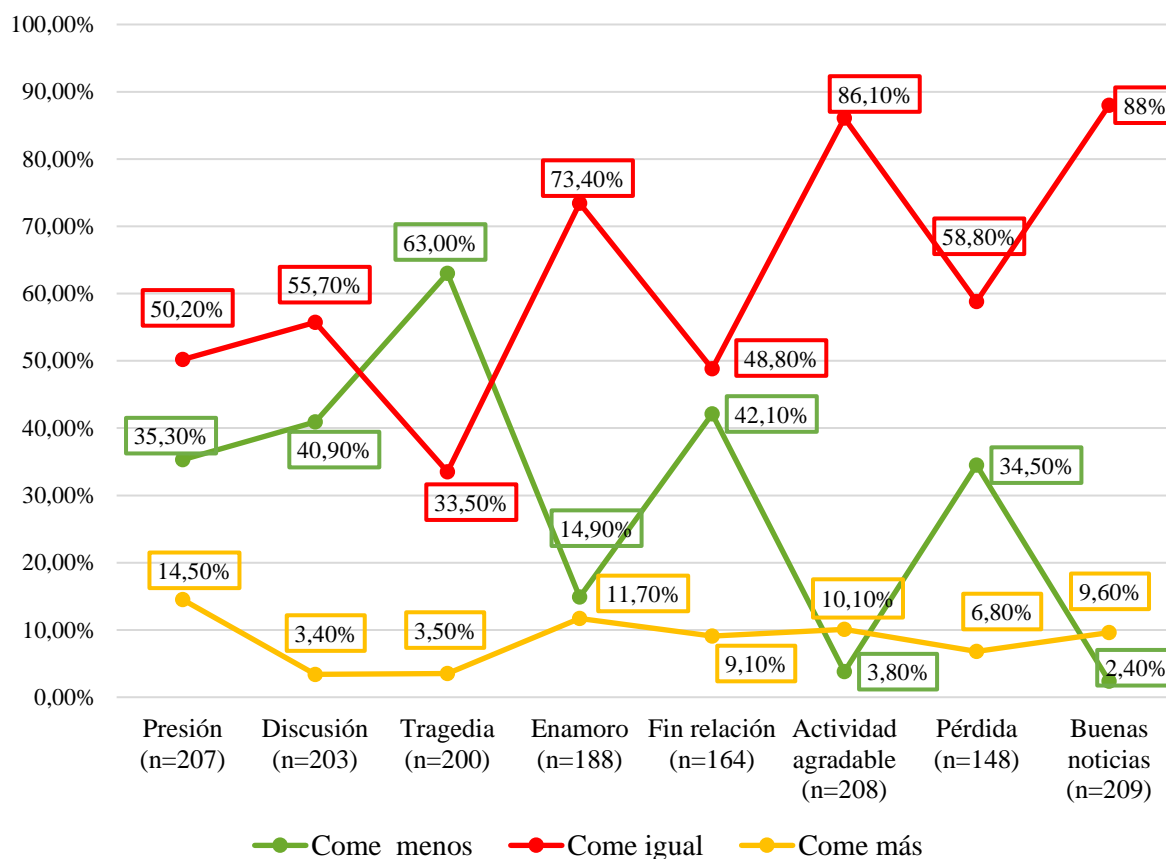


Figura 1. Porcentaje de respuestas sobre el cambio en los hábitos alimentarios ante determinadas situaciones.

Como puede observarse, la mayoría de los participantes tendían a comer lo mismo ante las diferentes situaciones, y las situaciones negativas afectaban más a los hábitos alimentarios de los participantes (en la mayoría de los casos comiendo menos) en comparación con las positivas (donde el cambio en los hábitos alimentarios era hacia comer más).

Como se ha comentado, se realizaron comparaciones de medias utilizando la prueba t de Student para muestras independientes para analizar si había diferencias significativas. No se encontraron diferencias significativas entre los cambios en los hábitos alimentarios ante las situaciones y el grupo de procedencia. Sin embargo, sí se hallaron diferencias significativas en cuanto al sexo en las situaciones “cuando participo en una actividad agradable” ( $t = 2,227$ ;  $gl = 205$ ;  $p = .027$ ), “después de recibir buenas noticias” ( $t = 2,877$ ;  $gl = 205$ ;  $p = .004$ ) y “cuando me enamoro” ( $t = 1,992$ ;  $gl = 162,522$ ;  $p = .048$ ), siendo la puntuación media mayor en hombres que en mujeres (Tabla 1), lo que indica que son ellos quienes comían más ante estas situaciones.

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>
Actividad agradable (hombres)	5,72	1,192	75
Actividad agradable (mujeres)	5,27	1,523	132
Buenas noticias (hombres)	5,83	1,132	75
Buenas noticias (mujeres)	5,29	1,379	132
Enamoro (hombre)	5,01	1,676	69
Enamoro (mujer)	4,47	1,994	117

Tabla 1. Estadísticos descriptivos al realizar la prueba t de diferencia de muestras independientes entre cambios en los hábitos alimentarios en las tres situaciones positivas y el sexo.

### Emociones positivas y negativas y cambios en los hábitos alimentarios

En primer lugar, al igual que con las situaciones, se pretendía analizar qué porcentaje de participantes ante una determinada situación ve alterado sus hábitos alimentarios comiendo menos, igual o más.

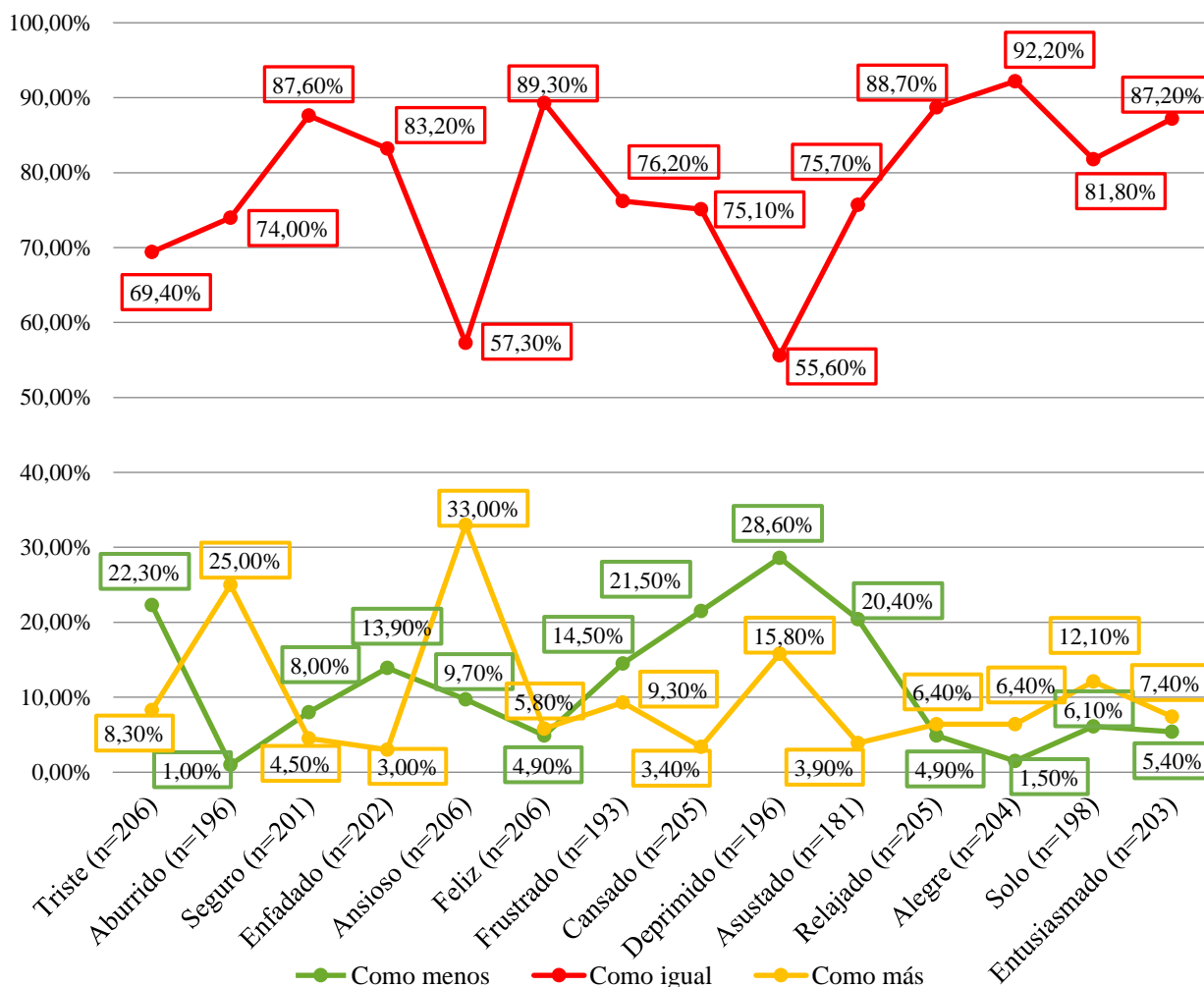


Figura 2. Porcentaje de respuestas sobre el cambio en los hábitos alimentarios ante determinadas emociones.

Como puede verse en la Figura 2, la mayoría de los participantes tendían a comer lo mismo ante las distintas emociones. Además de ello, los cambios en

los hábitos alimentarios fueron mayores en las emociones negativas (se hallaron emociones en las que había un mayor porcentaje de participantes que comen más y emociones en las que se había mayor número de participantes que comen menos) que en las positivas (donde el cambio en los hábitos alimentarios era hacia comer más en la mayoría de las emociones).

Por otro lado, para analizar las posibles diferencias existentes entre los cambios en los hábitos alimentarios ante las emociones en función del grupo de pertenencia y el sexo, se realizaron comparación de medias con la prueba *t* de Student para muestras independientes. En primer lugar, en cuanto al grupo de procedencia, la única asociación que resultó significativa fue entre “aburrido” y grupo de procedencia ( $t = 2,232$ ;  $gl = 193$ ;  $p = .027$ ), siendo los estudiantes los que más incrementaban su ingesta (Tabla 2).

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>
Aburrido (trabajadores)	6,11	1,557	118
Aburrido(estudiantes)	6,61	1,48	77

Tabla 2. Estadísticos descriptivos al realizar prueba *t* para muestras independientes en la emoción “aburrido” en función del grupo de procedencia.

En cuanto al sexo, con las diferencias de medias que resultaron significativas (Tabla 3), puede interpretarse que existían diferencias en los cambios alimentarios ante las emociones “triste”, “seguro”, “feliz”, “alegre” y “entusiasmado” en función del sexo.

	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Triste y sexo	-2,3	203	.022
Seguro y sexo	2,943	199	.086
Feliz y sexo	2,081	203	.039
Alegre y sexo	2,44	201	.016
Entusiasmado y sexo	3,592	200	.000

\*  $p \leq .05$

Tabla 3. Resultados significativos de comparación de muestras independientes con la prueba *t* entre cambios en los hábitos alimentarios asociados a las emociones y el sexo.

Además, en todas las emociones comían más los hombres que las mujeres, excepto en la emoción “triste” donde sucedió al contrario (Tabla 4).

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>
Triste (hombre)	3,97	1,765	71
Triste (mujer)	4,68	2,25	134
Seguro (hombre)	5,20	1,05	71
Seguro (mujer)	4,62	1,448	130
Feliz (hombre)	5,4	1,183	72
Feliz (mujer)	5,02	1,32	133
Alegre (hombre)	5,55	1,263	71
Alegre (mujer)	5,12	1,153	132
Entusiasmado (hombre)	5,69	1,249	71
Entusiasmado (mujer)	4,98	1,376	131

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la prueba t de muestras independientes entre los cambios en los hábitos alimentarios asociados a las emociones y el sexo.

#### Cambios en los hábitos alimentarios ante situaciones y emociones e influencia en el IMC

En primer lugar, comentar que no se halló ningún modelo de regresión significativo entre los cambios en los hábitos alimentarios ante las situaciones y su influencia en el IMC. Con ello, se puede decir que los cambios en los hábitos alimentarios que se producen ante las distintas situaciones no influyen en el IMC de los participantes.

Sin embargo, sí se hallaron dos modelos de regresión significativos entre los cambios en los hábitos alimentarios ante las emociones y su influencia en el IMC. Por un lado, se observó que, en las mujeres, ser trabajadora y aumentar la ingesta ante la tristeza incrementaba el IMC ( $F = 7,356$ ;  $gl = 2$ ;  $p = .001$ ;  $\beta_{triste} = .275$ ;  $\beta_{trabajador} = .225$ ). Por otra parte, se observó que en los hombres aumentar la ingesta ante el entusiasmo incrementaba el IMC ( $F = 8,183$ ;  $gl = 1$ ;  $p = .006$ ;  $\beta_{entusiasmado} = .385$ ).

#### Discusión

En primer lugar, como ya se ha comentado, la mayoría de los participantes (62,34% en situaciones y 78,15% en las emociones) no modificaron sus hábitos alimentarios ante las distintas situaciones y emociones positivas y negativas. Esto se encuentra en la línea de lo señalado por otros autores al encontrarnos con una población no clínica, donde se modifican en menor medida los hábitos alimentarios que en las poblaciones clínicas (Nguyen-Rodríguez, Unger y Spruijt-Metz, 2009; Borda et al., 2016).

Centrándonos en las situaciones, en general ante situaciones positivas existe un mayor número de personas (entre los que modifican sus hábitos alimentarios) que comen más que los que comen menos. Estos resultados coinciden con los hallados por otros autores que afirmaban que, ante un estado emocional positivo, generado por estas situaciones, aumentaba la motivación para comer (Zeeck, Stelzer, Linster, Joos y Hartmann, 2011). En cuanto a las situaciones negativas, se ha encontrado que las personas que cambian sus hábitos alimentarios comen, en mayor proporción, menos cantidad de comida, lo cual se asemeja a lo aseverado por Bennett, Greene y Schwartz-Barcott (2013). Estos últimos autores afirmaron que en situaciones muy estresantes como la pérdida de un ser querido o enfermedad de alguien querido, llevarían a comer menos.

Por otra parte, como ya se ha dicho, no se han hallado diferencias en los cambios en los hábitos alimentarios ante las situaciones en función del grupo de pertenencia. Por tanto, se puede suponer que ambos grupos utilizarían la comida como estrategia para afrontar las distintas situaciones emocionales de manera similar. En cuanto a las diferencias en función del sexo, solo se encontraron en las situaciones positivas (“después de recibir buenas noticias”, “cuando realizo una actividad agradable” y “cuando me enamoro”), donde los hombres tienden a comer más que las mujeres. Ya estudios anteriores afirmaron que los hombres tendían a aumentar la cantidad de alimentos ingeridos más que las mujeres, ante situaciones emocionales consideradas positivas (Geliebter y Aversa, 2003; Nolan et al., 2010).

En cuanto a la diferencia entre situaciones y emociones negativas con las de tipo positivo, se ha evidenciado que las negativas (tanto situaciones como emociones) han modificado en mayor proporción los hábitos alimentarios de los participantes, en comparación con las de tipo positivo. Estos resultados, pueden explicarse en cuanto a que las emociones negativas son más salientes para las personas que las de tipo positivo, por lo que generan más comer emocional al tener más influencia sobre los participantes (Nolan et al., 2010).

Si nos centramos en las emociones, los participantes afirmaron en mayor proporción, en casi todas las emociones positivas, aumentar la cantidad de comida ingerida superando a los que comían menos. En esta línea, Ganley (1989) llamó la atención sobre que las emociones positivas podían generar comer emocional, ya que los estudios sólo se centraban en las negativas. Los hallazgos de la presente investigación corroboran lo afirmado por Zeeck et al. (2011), en cuanto a que a las personas sanas incrementarían la cantidad de alimentos que comen ante las emociones positivas. En cuanto a las emociones negativas, se observó que los hábitos alimentarios cambiaron de distinta manera ante las emociones negativas, habiendo emociones en las que se aumentó la ingesta y otras en la que se disminuyó. Anteriormente, Macht (2008) llamó la atención sobre el efecto de las emociones negativas, ya que podrían provocar tanto que las personas disminuyeran su ingesta como que la aumentaran, lo cual se corrobora en el presente estudio. Estos resultados confirman que las emociones negativas provocan en las personas una activación emocional que generaría en los hábitos alimentarios una serie de cambios (Geeno y Wing, 1994), aunque éstos no sean en la misma dirección.

En lo referido a las diferencias en función del grupo de procedencia, se halló que ante la emoción “aburrido” los estudiantes ingerían más cantidad de comida que los trabajadores. Esto puede deberse a que los más jóvenes podrían usar estrategias de distracción para afrontar dicha emoción (usando la comida como tarea distractora), mientras que los de más edad llevarían, sin embargo, a cabo actividades útiles (hacer algo útil, planificar una serie de tareas o actividades) para manejarla (Hernangómez y Vázquez, 2005). Sin embargo, si nos centramos en las diferencias en función del sexo, ante cuatro de las cinco emociones positivas (“seguro”, “feliz”, “alegre” y “entusiasmado”) hubo diferencias en cuanto al sexo, siendo los hombres los que más comían ante las mismas. Estos resultados se encuentran en la línea de los hallados en otras investigaciones donde se probó que ante emociones positivas los hombres comían más que las mujeres (Geliebter y Aversa, 2003; Nolan et al., 2010; Macht, Roth y Ellgring, 2002). Ante la tristeza, las mujeres comieron más cantidad de comida que los hombres al igual que hallaron Borda et al. (2016).

Por otra parte, en cuanto a la influencia de los cambios en los hábitos alimentarios ante las emociones en el IMC, se encontró que en las mujeres, ser trabajadora y comer más ante la emoción “triste” provocaba que incrementara el IMC. lo cual podría deberse a que las que aumentan la ingesta al estar tristes lo hacen de una manera muy significativa (por ejemplo, con atracones), por lo que se podría esperar que estas sobreingestas incrementaran el IMC. De igual modo, ante una emoción similar como es la depresión, también se halló que provocaba un incremento del peso (Konttinen, Männistö, Sarlio-Lähteenkorva y Haukkala,

2010), tal y como ocurre con la tristeza en el presente estudio. Por otro lado, en el análisis de regresión ha resultado que ser trabajadora sería factor de riesgo para incrementar el IMC. Ello puede deberse a que, en las trabajadoras la tristeza vaya asociada a problemas de mayor intensidad y magnitud que en las estudiantes (problemas laborales, económicos, maritales, etc.), lo que podría provocar que tengan que recurrir en mayor medida que las estudiantes, a la comida para manejar esta emoción, aumentando así el IMC.

Asimismo, se halló que ser hombre y aumentar la ingesta ante la emoción “entusiasmado” aumentaba el IMC. Como se comentó anteriormente, los hombres incrementaban la ingesta ante emociones positivas (Geliebter y Aversa, 2003; Nolan et al., 2010; Macht et al., 2002) por lo que este aumento ante la emoción “entusiasmado” haría que también incrementara el IMC. Además, como se ha observado en los resultados, mientras que los hombres comían más ante esta emoción, las mujeres tendían a hacerlo menos.

Por otra parte, como se ha comentado en los resultados, no se encontró ninguna relación significativa al realizar el análisis de regresión entre los cambios en las distintas situaciones y el IMC. Por tanto, se puede decir que los cambios en los hábitos alimentarios ante las diferentes situaciones positivas y negativas, no afectaría a los cambios en el IMC. Esto podría deberse a que algunas de las situaciones que se evalúan en el cuestionario EMAQ son excepcionales en la vida de las personas (no ocurren a menudo, ni les suceden a todas las personas), podrían considerarse como sucesos vitales estresantes (como que a un ser querido le ocurra una tragedia, finalizar una relación, perder propiedades o dinero y enamorarse) que generan más impacto. Sin embargo, las emociones que se han evaluado en el presente estudio se darían en la vida cotidiana, y las personas que cambian los hábitos alimentarios ante ellas lo harían más a menudo (al ser más usuales), como una forma habitual de manejarlas y afrontarlas, en comparación con las situaciones evaluadas que tendrían un carácter más puntual.

En resumen, se puede decir que en algunas personas se alteran los hábitos alimentarios ante determinadas situaciones y emociones, ocurriendo esto en mayor medida ante las que son de tipo negativo que en las positivas. Además, el cambio en los hábitos alimentarios es diferente en función de si estas situaciones y emociones son de tipo positivo o negativo. Asimismo, al comparar a mujeres y hombres, puede afirmarse que algunas situaciones y emociones les afectan de distinta manera a los hábitos alimentarios, mientras que apenas se han hallado diferencias entre estudiantes y trabajadores. En cuanto a la influencia en el IMC de estos cambios en los hábitos alimentarios, se ha hallado en las mujeres como factor de riesgo para el aumento del IMC, ser trabajadora y aumentar la ingesta ante la tristeza. Sin embargo, en los hombres sería factor de riesgo aumentar la ingesta ante el entusiasmo.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, nos encontramos con que no se han estudiado variables personales (características de personalidad, estilos de afrontamiento, tipo y características del trabajo, tener un tipo de alimentación restringido, sufrir un trastorno por atracón, etc.) o demográficas (hijos, estado civil, etc.) que pueden estar mediando entre las diferentes

relaciones halladas, y que no han sido controladas. En segundo lugar, otra limitación ha sido que la muestra estaba conformada en mayor medida por mujeres que hombres, al igual que hubo mayor número de trabajadores que de estudiantes, pudiendo, todo ello, alterar los resultados. Además, se encontraron algunas situaciones a las cuales no respondieron un número importante de participantes porque no las habían vivido, lo cual limitó los resultados. Por último, decir que, dado que al cuestionario se responde a través de una escala tipo Likert, los participantes tendieron a la centralidad en sus respuestas.

En futuras líneas de investigación, sería interesante ahondar más en campos aún poco conocidos, como son el comer emocional ante emociones positivas y ante las diferentes situaciones emocionales que ocurren en la vida, y que requieren adaptación. Igualmente, se hace necesario realizar más investigación en población normal, con muestras mayores y más equilibradas en cuanto al número de personas por variable, y teniendo en cuenta otras variables personales (como, por ejemplo, la autoestima, autoeficacia, niveles de ansiedad, etc.) más allá del sexo, que puedan influir en el comer emocional. Por último, comentar que se hace necesario la construcción de cuestionarios que ahonden en situaciones específicas de cada grupo, ya que las características de las situaciones podrían ser distintas en función del grupo de pertenencia.

### Referencias

Bennett, J., Greene, G., & Schwartz-Barcott, D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*, 60, 187-192.

Borda, M., Luque, A., Avargues, ML., Nieto, FJ., Sánchez, M., Ramírez, MR., ... Almeda, N. (en prensa). "Emotional eating" y estrés laboral: hacia entornos y hábitos de trabajo saludables. *Revista Gerencia de Riesgos y Seguros*.

Faith, M. S., Allison, D. B., & Geliebter, A. (1997). Emotional eating and obesity: Theoretical considerations and practical recommendations. En, *Overweight and weight management: The health professional's guide to understanding and practice* (pp. 439-465). Gaithersburg, MD, US: Aspen Publishers.

Fox, J. R. (2009). A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa. A basic emotion and developmental perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16 (4), 276-302.

Frijda, N. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ganley R.M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal Of Eating Disorders*, 8(3), 343-361.

Geliebter, A. & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4), 341-347.

Greeno, C. G., & Wing, R. R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, 115, 444-464.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. En J. J. Gross, J. J. Gross (Eds.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York, NY, US: Guilford Press.

Hernangómez, L., & Vázquez, C. (2005). Estrategias para regular le tristeza: Diferencias entre una muestra clínica y una muestra control en el Inventario de Afrontamiento de le Depresión (CID). *Edupsykhé: Revista De Psicología y Psicopedagogía*, 4(2), 149-178.

Kaplan, H. I., & Kaplan, H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 181-201.

Konttinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473-479.

Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.

Macht, M., Roth, S., & Ellgring, H. (2002). Chocolate eating in healthy men during experimentally induced sadness and joy. *Appetite*, 39(2), 147-158.

Mulligan, K., & Scherer, K. R. (2012). Toward a working definition of emotion. *Emotion Review*, 4(4), 345-357

Nguyen-Rodriguez, S. T., Unger, J. B., & Spruijt-Metz, D. (2009). Psychological determinants of emotional eating in adolescence. *Eating Disorders: The Journal Of Treatment & Prevention*, 17(3), 211-224.

Nolan, L. J., Halperin, L. B., & Geliebter, A. (2010). Emotional Appetite Questionnaire Construct validity and relationship with BMI. *Appetite*, 54 (2), 314-319.

Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., y Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 426-437.

## **TERAPIA EMDR EN UN ADOLESCENTE VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO: CASO ÚNICO.**

García-Dantas, Ana<sup>1</sup>

Torres Pérez, M<sup>a</sup> Inmaculada <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía (anagarciadantas@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidad de Sevilla (mtorres9@us.es)

### **Resumen**

La terapia EMDR (Reprocesamiento y Desensibilización por el Movimiento de los Ojos) es un abordaje con base científica reconocida de elección para el tratamiento del TEPT por las guías NICE y la OMS tanto en niños, adolescentes como adultos. La intervención tuvo lugar con un varón de 14 años con TEPT que había sufrido abusos físicos por parte del padre y había sido testigo de violencia de género de éste hacia a la madre hasta los 12 años.

La intervención tuvo lugar durante 12 sesiones de 1 hora a lo largo de 6 meses. Se evaluó el efecto de la terapia mediante la prueba SENA (Sistema de evaluación de niños y adolescentes) con la versión para la familia (madre) y el autoinforme. Los resultados reflejan una mejoría significativa en las escalas de problemas (interiorizados y exteriorizados), regulación emocional e índice de recursos personales. Especialmente, los cambios más destacados por ambas partes se sitúan en las subescalas de depresión, sintomatología postraumática, problemas de control de la ira, conducta desafiante, problemas con la escuela y problemas con la regulación emocional. En conclusión, aunque más estudios son necesarios, la intervención realizada apoya la eficacia de la terapia EMDR para TEPT.

**Palabras Clave:** EMDR; TEPT; Abuso físico; Trauma

### **Introducción**

Existen experiencias en la vida que son difíciles de superar. Un accidente de tráfico, un incendio o una catástrofe natural pueden resultar difíciles de afrontar y, en muchas ocasiones, el recuerdo queda almacenado de una forma disfuncional lo que impide superar el hecho e integrarlo para poder llevar una vida normal (Novo et al., 2016). Hay que tener en cuenta que el mismo hecho puede suponer un trauma o herida para unos y no para otros, según diferentes factores: edad, vulnerabilidad, historia previa, nivel de estrés, etc., pero cuando una persona se ve afectada por traumas de este tipo, puede cambiar radicalmente la forma en la que se comporta, se percibe a sí misma y se siente.

Se sabe que tan solo un hecho traumático puntual puede ser suficiente para alterar el funcionamiento vital y la salud mental de una persona (González y Mosquera, 2012, p.13). La literatura también contempla la existencia de traumas interpersonales, los cuales se generan en el entorno más cercano y están asociados con situaciones de negligencia, maltrato físico y psicológico continuado. En este sentido, un padre que humilla y castiga físicamente a su hija de forma repetida o un niño que recibe críticas e insultos constantes por parte de sus compañeros podrían desarrollar traumas interpersonales tempranos (Gómez, 201, p. 3).

### *Trastorno de Estrés Postraumáticos y conductas agresivas*

De acuerdo con el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM 5), el trastorno de estrés postraumático (TEPT), contempla entre sus síntomas “reacciones disociativas (por ej. escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s)”. Según dicho manual, “estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente”. Esto implica que la persona puede sentirse como si el tiempo se hubiera detenido en el momento de la experiencia traumática y pudiera revivirla con la misma intensidad una y otra vez en la actualidad. Además de los conocidos síntomas de ansiedad y evitativos, también se contempla que estas personas puedan presentar un comportamiento “irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos”. Un “comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia y respuesta de sobresalto exagerada” también pueden encontrarse en personas con TEPT.

La violencia interpersonal, ya sea experimentada de forma directa o indirecta, especialmente durante la niñez, puede precipitar el TEPT y/o ser un factor de riesgo que incremente la posibilidad de desarrollarlo ante traumas subsecuentes (Brewing, Andrews, & Valentine, 2000). En este sentido, los niños y niñas cuyos traumas ocurren en un contexto de relaciones interpersonales, desarrollan síntomas asociados al TEPT (American Psychiatric Association [APA], 2000), tales como, dificultad para confiar, problemas en la regulación de sus emociones, síntomas somáticos, pobre control de impulsos y problemas con la identidad. Aquellos que han sufrido abuso, comúnmente desarrollan síntomas adicionales relacionados con la auto-eficacia y la sexualidad (Van der Kolk, 2002).

Un maltrato excesivo en la infancia, se asocia con diversos efectos biológicos que alteran el desarrollo neurológico (De Bellis & Van Dillen, 2005). Esta vulnerabilidad biológica genera déficits en el procesamiento de las emociones y en el funcionamiento ejecutivo, que lleva a una auto-regulación deficiente y a trastornos psiquiátricos posteriores, tales como TEPT, depresión y otros problemas emocionales (Van der Kolk, 2005). La investigación sobre TEPT entre jóvenes que son objetos de maltrato ha prosperado debido a la importante prevalencia del trastorno entre este grupo (Pecora, White, Jackson, & Wiggins, 2009).

### *La terapia EMDR*

La Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EDMR, por sus siglas en inglés), es recomendada para el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático, tanto en adultos como en niños, por numerosas directrices internacionales como la Cochrane Review (Bisson & Andrew, 2007) y el National Collaborating Centre for Mental Health (2005). Existe también evidencia preliminar que apoya su aplicación en el tratamiento de otros trastornos psiquiátricos, para varios problemas de salud mental y síntomas somáticos. El marco teórico en el que se basa la Terapia EDMR, es el Modelo del Sistema de Procesamiento de Información (Adaptive Information Processing [AIP] Model). Shapiro (2001), plantea que gran parte de la psicopatología, es causada por una codificación inadecuada, del procesamiento incompleto de experiencias de vida traumáticas o perturbadoramente adversas.

Por ejemplo, se ha publicado recientemente un estudio con niños y niñas víctimas de violencia interpersonal severa (e.g., violación, abuso sexual, violencia física y emocional, negligencia y abandono), a los que se les administró terapia EMDR para la resolución de las memorias traumáticas. Los resultados mostraron una mejoría significativa en la sintomatología postraumática de todos los participantes, manteniéndose en el seguimiento (Jarero, I., Roque-López, S., & Gómez, J., 2014)

### *Las conductas agresivas como reflejo del trauma*

Las víctimas de maltrato físico, con frecuencia, presentan reacciones de ira desproporcionadas respondiendo de forma automática y disociada imitando las conductas abusivas del agresor (Boon, Steele, y Van Der Hart, 2014). De hecho, existe una relación negativa entre haber experimentado abuso físico en la infancia y presentar en la adultez un patrón de conducta agresivo y un funcionamiento poco reflexivo con los hijos y la pareja (Stover y Kiselica, 2014). Ser testigo de violencia en el hogar en la infancia correlaciona con rasgos disociales en la vida adulta (Dargis y Koenigs, 2017).

Esto puede explicarse según Boon, Steele y Van Der Hart (2014, p. 348) porque las personas gravemente traumatizadas suelen tener sentimientos intensos de ira, rabia e incluso odio y venganza. Es normal reaccionar con ira como forma de protegerse y distanciarse cuando alguien ha sido herido intencionalmente. La ira se suele vivir con intensidad y con la sensación de sentirse sobrepasado; en el cuerpo se genera mucha energía y las sensaciones físicas de ira son muy potentes. La ira es una tendencia innata diseñada como refuerzo en situaciones amenazantes. Algunas creen que les da valor y les hace sentirse bien; muchos tienen miedo de que si se les quita su ira, perderán su poder y su fuerza (Boon, Steele, Van Der Hart, 2014, p. 348)

Según Boon, Steele, Van Der Hart, (p.352), la ira podría funcionar de dos formas:

1. Como una lucha defensiva dispuesta a proteger a la persona. De ese modo, la cólera ante las injusticias previas puede que provoque una tendencia a golpear o luchar como estrategia de supervivencia, debido a que perciben de forma rígida la amenaza y las malas intenciones en cualquier situación. Por tanto, la ira se vería como una protección contra

los sentimientos vulnerables de vergüenza, miedo, dolor, desesperación, impotencia y pérdida.

2. Como una manera de reproducir el comportamiento del perpetrador original. De esta forma, algunas personas pueden imitar a quien le hirió en el pasado aunque se sabe que esto llega a ser atemorizante, se vive con desconcierto y causa vergüenza. Es una forma común de afrontar el estar traumatizado; la parte que imita al perpetrador recrea aspectos del pasado traumático que no ha sido superado. Según estos autores, a menudo las personas repiten literalmente lo que se les dijo con una voz interna que suena como la de los perpetradores. Esas frases les producen desprecio y rechazo, también vergüenza y miedo como en el pasado. Pueden oír “eres estúpido”, “no mereces nada”, “si lo cuentas te haré daño así que cállate”. En realidad no son capaces de distinguir entre el pasado y el presente y son objetos de soledad miedo y vergüenza.

Ambas formas de experimentar la ira puede dar lugar a conductas agresivas, desafiantes y en algunos casos, disociales que interfieren en la vida de la persona y de la sociedad en general. Conceptualizar de esta forma los síntomas desculpabiliza al paciente, reduce resistencias a la terapia al ser considerado como una víctima de una situación traumática que necesita ayuda más que como un agresor que realiza las conductas intencional y voluntariamente. Es posible que este abordaje permita reducir la cronificación de los actos violentos y la aparición de posibles trastornos mentales comórbidos (ej. adicciones), daño colateral a terceros y sanciones legales.

#### Objetivos:

- 1) Evaluar la eficacia de la intervención psicológica EMDR con un adolescente con sintomatología opositora y desafiante víctima de abuso físico en la infancia.
- 2) Analizar en qué áreas se observa mayor mejoría después de la intervención.

#### Método:

##### *Sujeto:*

Varón de 14 años, mayor de una hermana de 13, de un nivel socioeconómico bajo que acude a una Unidad de Salud Mental Infantil. Tiene absentismo escolar.

Recibió abuso físico continuado hasta los 12 años por parte de su padre y fue testigo de violencia física y abuso sexual ejercida por éste hacia su hermana menor y su madre.

##### *Instrumento:*

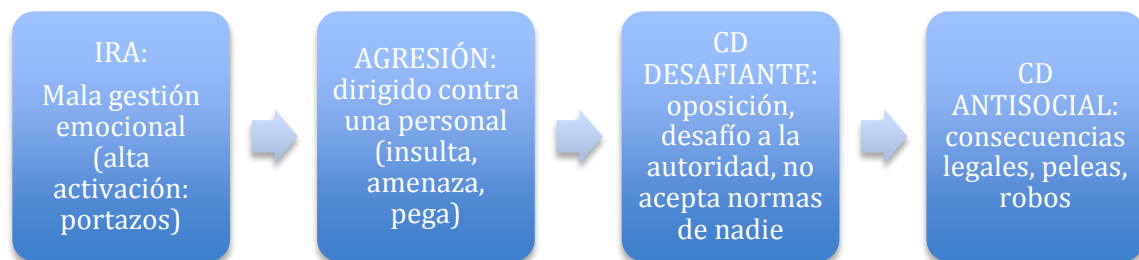
Para valorar el cambio experimentado tras la intervención se aplicó tanto a la madre como al menor el Sistema de Evaluación de Niños y adolescentes (SENA) creado por Fernández-Pinto, et al. (2015).

Dicha prueba tiene un formato de respuesta tipo Likert en el que la persona que responde debe indicar la frecuencia de la conducta evaluada eligiendo una de las 5 opciones que se ofrecen (de Nunca o casi nunca a Siempre o casi siempre).

Este instrumento cuenta con escalas de control, índices globales, escalas de problemas (interiorizados, exteriorizados, otros y contextuales), escalas de vulnerabilidades y escalas de recursos personales. Además, destaca unos ítems críticos que indican la necesidad de intervenir dada la gravedad del problema.

Las puntuaciones T tienen una escala típica con media= 50 y desviación típica de 10. Los valores por encima de 60 son indicadores de problema (60-70 riesgo; 70-100 problema clínico, 80-100 alta gravedad). Una puntuación inferior a 60 no indica preocupación

Así mismo, tiene una forma bastante novedosa de contemplar diversas manifestaciones de la ira. En la Figura 1, se observa que los autores diferencian entre conducta antisocial, conducta desafiante, agresión e ira.



*Figura 1*

Esta clasificación permite comprobar el tipo de conducta agresiva más afectada en el menor.

#### *Procedimiento:*

La intervención con el Modelo EMDR tuvo lugar durante 12 sesiones de 1 hora de duración a lo largo de 6 meses. Dicha intervención se llevó a cabo por una psicóloga certificada por la Asociación EMDR con formación especializada en niños y adolescentes.

Sesiones	Contenido
1 y 2	Evaluación (genograma, línea de vida, pautas de autocuidado, se administra SENA). Estabilización. Instalación de experiencia de positiva (DIR). “Puedo estar tranquilo”
3, 4 y 5	Procesamiento de 1er recuerdo sobre abuso físico “cuando me metía en un armario, solo, a oscuras, llorando y me quedaba dormido”. Creencia negativa “estoy en peligro”. Emoción: miedo (posteriormente ira y tristeza).
6	Instalación de recursos positivos (responsabilidad). Patrones de autocuidado sanos (aseo personal, estudios y colaboración en casa).
7	Abordaje sobre el estilo de relación con su pareja actual. Protocolo de presente donde se aborda el establecimiento de límites y creencias negativas interiorizadas machistas sobre la mujer.
8	Mentalización madre-hijo en consulta. Trabajo para reparar apego con la madre. Psicoeducación emocional.
9	Protocolo de presente para abordar el patrón pasivo que presenta en la relación con la novia (repetiendo a veces el modelo de la madre y el que él mismo presentaba con su padre). Imagen: “me dice que me quiere y el mismo día se va con otro”. Creencia negativa: “es mi culpa”. Emoción: tristeza e ira.
10	Se aborda ruptura con la novia iniciada por él. Creencia: “no se merece estar conmigo; yo valgo”.
11	Instalación de recursos positivos para mejorar ritmo circadiano y respetar horarios de descanso.
12	Evaluación de la mejoría. Entrevista con la madre y la tutora.

Tabla 1

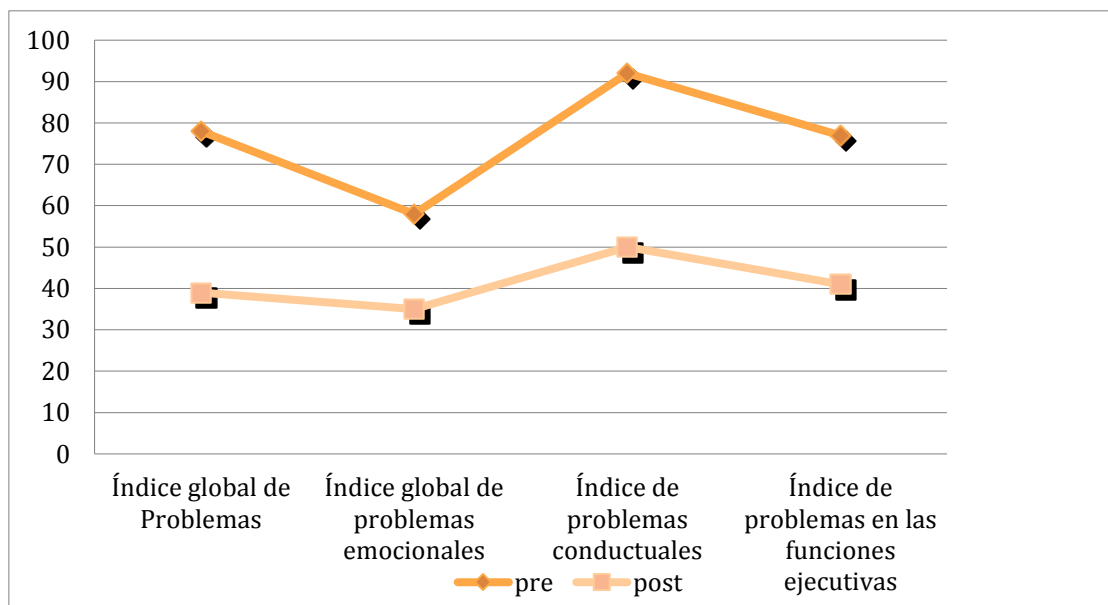
*Descripción de la intervención con el abordaje EMDR por sesión**Aspectos éticos:*

Este trabajo cuenta con la autorización de la madre del menor para el tratamiento con EMDR, así como para ser publicado respetando las normas de confidencialidad expuestas en el Código Deontológico de Psicología.

## Resultados

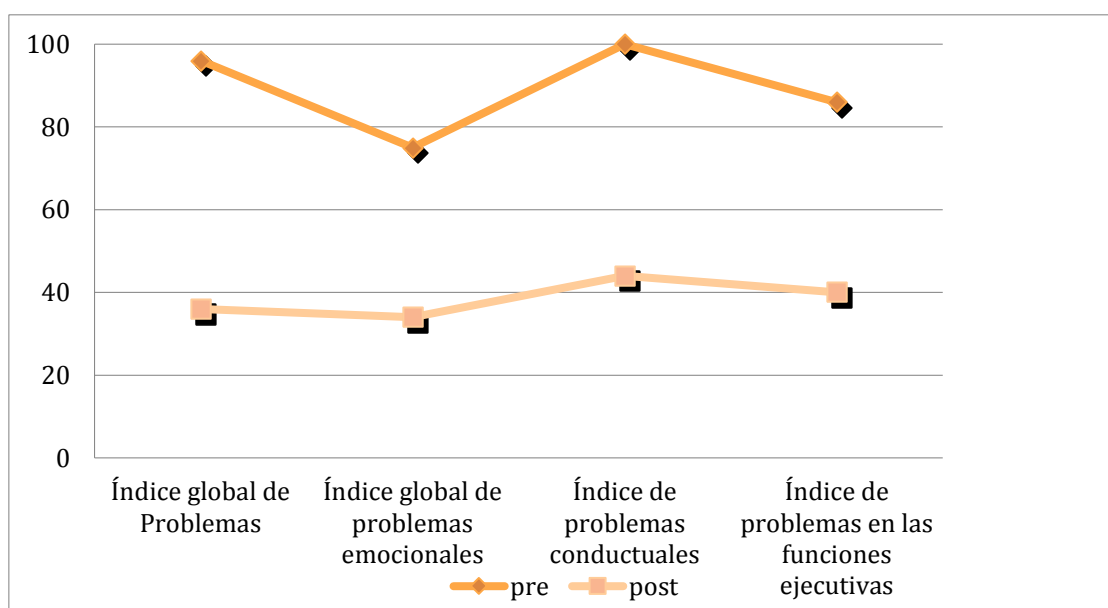
El menor ha mostrado un gran compromiso y colaboración durante la intervención. Los resultados de la intervención han sido muy positivos mejorando notablemente la mayoría de escalas del SENA.

Por un lado se presentan dos figuras que valoran la eficacia de la intervención teniendo en cuenta los índices globales de los cuestionarios contestados por el paciente (autoinforme, Figura 2) y por su madre (familia, Figura 3).



Nota: Normal: 40-60; precaución: 60-70; Alerta: 70-90

Figura 2: *Índices globales del autoinforme antes (pre) y después (post) del tratamiento*



Nota: Normal: 40-60; precaución: 60-70; Alerta: 70-90

Figura 3: *Índices globales según la madre antes (pre) y después (post) del tratamiento.*

Como se puede apreciar en las figuras 2 y 3, tanto los Índices globales de problemas percibidos por el menor como por su madre descienden notablemente después de la intervención situándose los valores de todas las escalas (emocionales, conductuales y funciones ejecutivas) dentro de los valores normativos al final del tratamiento.

A continuación, se presentan la Figura 4 y 5 que reflejan las Escalas de Problemas del SENA con los valores más altos en el inicio del tratamiento. La conducta desafiante es que presenta la puntuación mayor y se refiere a oposición, desafío a la autoridad y no aceptación de normas dentro ni fuera de casa. Tanto el cambio observado por el menor como por la madre después de la intervención es significativo, refiriendo mejoría en todas las escalas analizadas, especialmente en la conducta desafiante, antisocial y en la agresión las cuales presentaban mayor alteración en el inicio. La intervención, no sólo ha mejorado la sintomatología agresiva, también ha incidido sobre la depresión, ansiedad, sintomatología postraumática y problemas de regulación emocional.

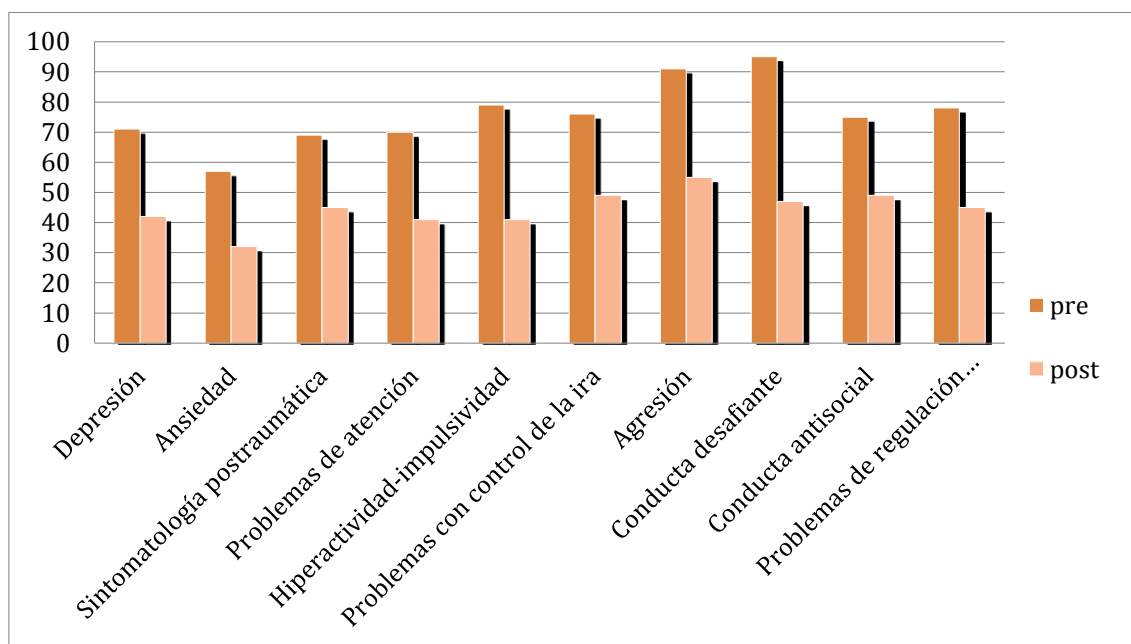


Figura 4: *Problemas autoinformados antes y después de la intervención.*

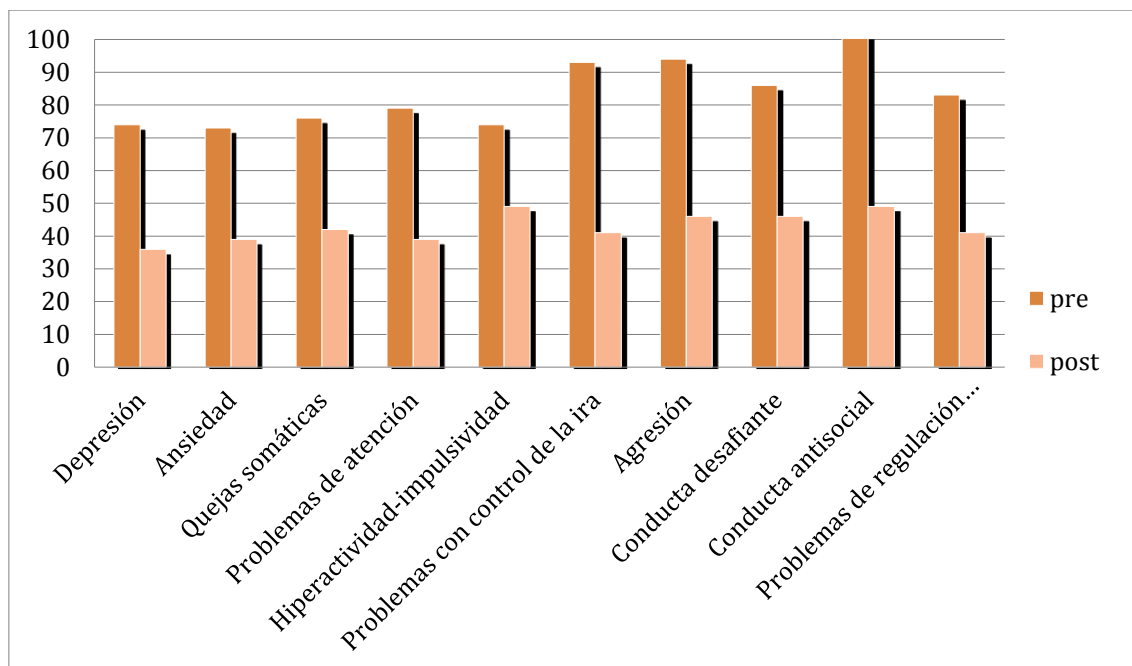


Figura 5: *Problemas percibidos por la madre antes y después de la intervención.*

En las siguientes figuras, se detallan los recursos personales percibidos por el menor (Figura 6) y por la madre (Figura 7). Como se observa en ambas, el mayor cambio se produce en la conciencia del problema. En este sentido, llama la atención que a pesar de la mejoría clínica experimentada, el menor es más consciente de sus dificultades al final que en el principio, indicando mayor conexión emocional con su estado psicológico.

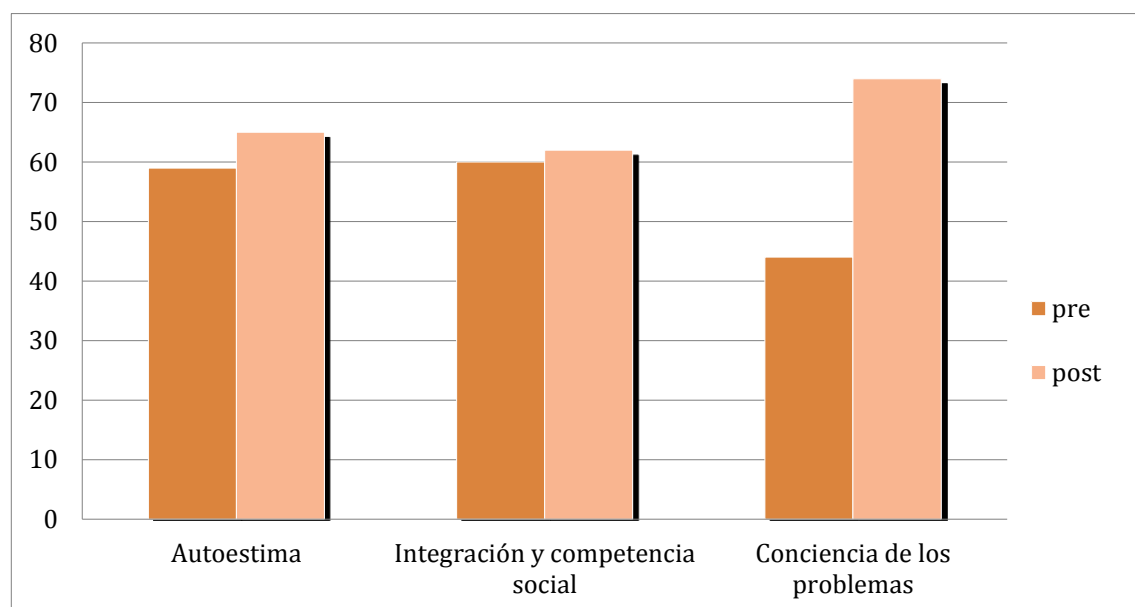


Figura 6: *Recursos personales percibidos por el menor antes y después del tratamiento*

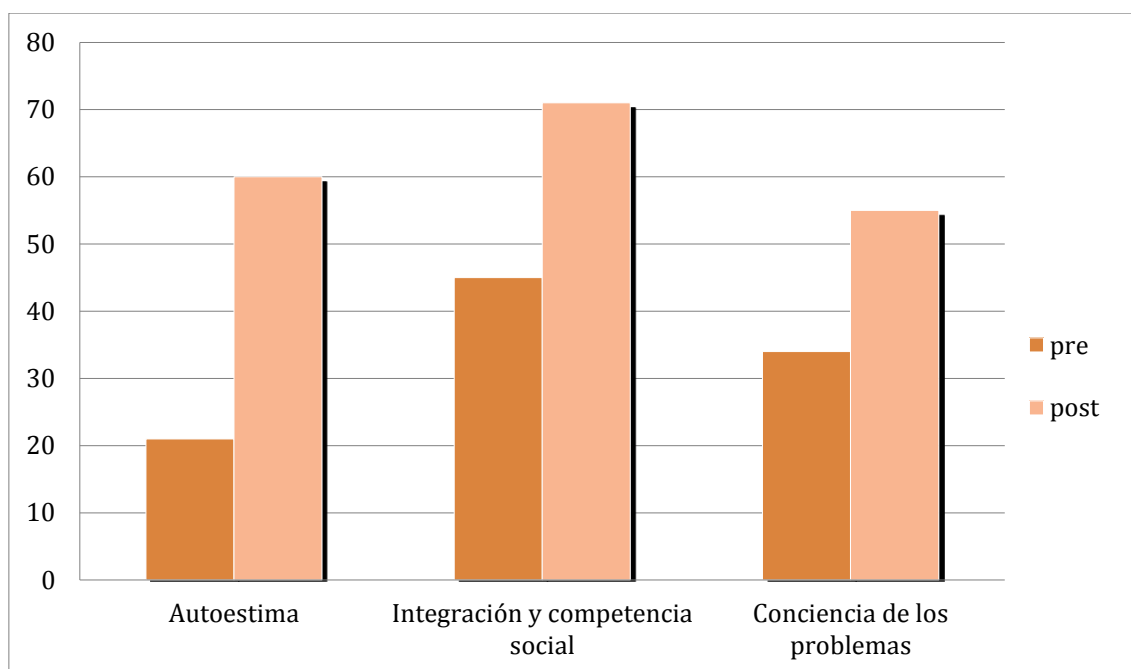


Figura 7: *Recursos personales percibidos por la madre antes y después del tratamiento*

La madre percibe que después de la intervención se valora más a sí mismo y tiene mayor integración y competencia a nivel social que al principio.

Por último, se comentan los ítems críticos.

## PRE

### Autoinforme:

20 ítems críticos relacionados con: riesgo de autolesión (quiero morirme), estresores traumáticos (me vienen imágenes horribles de cosas que me han pasado), riesgo de agresión o daño a otros (amenaza, rompo cosas a propósito, pierdo el control cuando me enfado), riesgo de conducta antisocial (hago lo que me da la gana aunque me castiguen, me río de otras personas para divertirme), sensación de pérdida de control, riesgo de acoso escolar, falta de apoyo social, indicadores inespecíficos de problemas (duermo mal) y sentimientos de culpa.

### Madre:

13 ítems críticos relacionados con: riesgo de autolesión (dice que le gustaría morirse), riesgo de agresión o daño a otros (amenaza y pierde el control), riesgo de conducta antisocial (miente, se mete en problemas graves, se divierte molestando a otros, le dan igual los castigos), comportamiento inusual, riesgo de acoso escolar, falta de apoyo social, indicadores inespecíficos de problema (duerme mal)

## POST:

Autoinforme:

1 ítem crítico: “me burlo de otras personas para divertirme” (algunas veces).

Madre:

1 ítem crítico : “tiene amigos íntimos” (pocas veces).

El número de ítems críticos ha descendido radicalmente tanto en el autoinforme como en el cuestionario de la madre

## Discusión

Se comprueba que este enfoque resultó eficaz y que con un número breve de sesiones se consiguieron mejorías muy importantes, entre ellas, aumento del estado de ánimo, reducción de ansiedad, mejora de la regulación emocional, aumento de la autoestima, mejora de la conciencia del problema y reducción significativa de comportamientos agresivos y disociales. Además, el descenso en el número de ítems críticos después de la intervención revelan el alcance y potencia que ha tenido ésta en el funcionamiento general del menor en cuanto al riesgo de autolesión, los síntomas postraumáticos, el riesgo de agresión a otros, los sentimientos de culpa y la falta de apoyo social.

Los ítems referentes a la ansiedad social, las quejas somáticas, el consumo de sustancias, los problemas de la conducta alimentaria y el aislamiento no se incluyeron en los resultados porque sus valores no estaban alterados en el inicio del tratamiento. Sin embargo, los síntomas disociales y negativistas son los que mayor cambio han experimentado, lo que sugiere que trabajar a nivel emocional experiencias traumáticas relacionadas con violencia es una forma de influir eficientemente en patrones de conducta agresivos.

Pocos profesionales reconocen la relación que con frecuencia presentan los rasgos disociales con experiencias traumáticas de abuso en la infancia. Como resultado, estos problemas tienden a cronificarse porque no se conciben como síntomas clínicos abordables desde un punto de vista psicológico, sino que se interpretan las conductas violentas como actos voluntarios que hay que recriminar y castigar en vez de comprender y ayudar. Como es evidente, desde este punto de vista, el adolescente mostrará gran resistencia para mejorar y es probable que la alianza sea pobre y la colaboración en la terapia escasa. Desafortunadamente, el pronóstico de muchos de ellos es negativo y se topan a menudo con problemas con la justicia; algunos son ingresados en centros de menores, y otros, pueden llegar incluso a tener pena de cárcel por violencia de género.

Con respecto a este tema, el paciente presentaba una relación poco saludable con su pareja, de esta forma, en ocasiones mostraba un rol muy dependiente y sumiso, capaz de soportar humillaciones por parte de ella de forma pasiva, y en otras, reproducía un comportamiento agresivo, celoso y violento, con creencias machistas interiorizadas, según él, aprendidas del padre. Con la terapia, fue capaz de darse cuenta por sí mismo de dos cuestiones importantes: por un lado, que la ira que dirigía automáticamente contra ella era similar a la que su padre

proyectaba con su madre, y por otro, que su actitud pasiva era idéntica a la que adoptaba cuando el padre abusaba físicamente de él y sentía que no podía defenderse.

La alianza terapéutica tuvo un papel destacado a lo largo de la intervención. El adolescente después de la evaluación pudo entender el por qué se sentía y comportaba de esa forma y comenzó a entender que detrás de su conducta había un problema que le hacía sufrir y que debía solucionar. Refería sentirse entendido por primera vez y la motivación por el cambio fue una de las razones por las que la intervención fue tan eficaz. El adolescente colaboraba y asistía a las sesiones con total compromiso y regularidad, al igual que su madre quien le acompañaba y con la que iba reparando el apego. La madre progresivamente fue siendo respetada por el menor y ella se sentía cada vez más segura para establecer límites en casa.

En conclusión, el presente estudio apoya la eficacia del procedimiento seguido y está en la línea de estudios previos sobre el tema (Trentini et al, 2015 ). Por tanto, se pone de manifiesto la conveniencia de utilizar la terapia EMDR, al contar con un fuerte apoyo empírico para el manejo de trastornos mentales como consecuencia de experiencias traumáticas (Novo et al, 2016), y su viabilidad en un contexto de sanidad pública donde la carga asistencial es muy elevada y se dispone de escaso tiempo para atender a personas con sintomatología grave.

Este trabajo tiene importantes limitaciones, la fundamental es que se trata de un estudio de caso, con todas las amenazas a la validez externa que tienen este tipo de estudios. También hubiera sido deseable contar con un evaluador independiente ajeno por completo a la aplicación del tratamiento. Sin embargo, deseamos subrayar que en el contexto de sanidad pública en el que se llevó a cabo el tratamiento, no es posible muchas veces contar con tiempo y recursos adicionales debido a la notable presión asistencial. Además, un objetivo fundamental del trabajo era precisamente, mostrar que, aún con dificultades, sí es posible aplicar este tipo de procedimientos de evaluación y de tratamiento con respaldo empírico.

Con objeto de realizar prevención secundaria, es necesario progresar en este ámbito llevando a cabo ensayos clínicos controlados, analizando también el papel que pueden desempeñar en el mantenimiento del problema los estados de ánimo negativos y la ansiedad asociados. Una mayor comprensión de la sintomatología negativista y oposicionista resulta esencial para poder diseñar protocolos de tratamiento EMDR que puedan ser sometidos a prueba y que resulten de utilidad para todas aquellas personas que sufran este problema. Un ejemplo paradigmático de los avances que se pueden producir diseñando protocolos para trastornos específicos es el trabajo de Amann et al (2015) para los pacientes bipolares.

## Referencias

Amann, B.L., Batalla R., Blanch V., Capellades D., Carvajal M.J., Fernández I., et al (2015). The EMDR therapy protocol for bipolar disorder (p. 223-87). En: Luber M., editor. *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols and summary sheets: Treating trauma, anxiety and mood-related conditions*. New York: Springer.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washinton, DC: Author.

Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic

Bisson J, & Andrew M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 (2) Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub2.

Boon, S., Steele, K., & Van Der Hart, O. (2014). *Vivir con disociación traumática. Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas* (p. 352). Desclée de Brouwer., Bilbao, España.

Brewin, C.R., Andrews, B., Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5),748-66.

Chen, Y. R., Hung, K. W., Tsai, J. C., Chu, H., Chung, M. H., & cols. (2014). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLos One*, 9(8), e10367.

Dargis, M. & Koenigs, M. (2017). Witnessing Domestic Violence During Childhood Is Associated With Psychopathic Traits in Adult Male Criminal Offenders. *Law Human Behaviour*. Feb 2. doi: 10.1037/lhb0000226.

De Bellis, M.D, & Van Dillen T. (2005). Childhood post-traumatic stress disorder: an overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinical of North America*.14(4),745-72.

Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. & del Barrio, V. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. Madrid: TEA Ediciones.

Jarero, I., Roque-López, S., & Gómez, J. (2014). Primer estudio de investigación de la aplicación del protocolo grupal e integrativo con EMDR a niños víctimas de violencia interpersonal severa. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4),

E143-E155. Retrieved from <https://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/1629985441?accountid=14744>.

Gonzalez, A. & Mosquera, D. (2012). *EMDR y disociación. El abordaje progresivo*. Madrid, Pleyades.

National Collaborating Centre for Mental Health (2005). [Post-Traumatic Stress Disorder \(NICE Guideline\) \(National Clinical Practice Guideline\)](#). British Psychological Society and RCPsych Publications.

Novo, P., Landín-Romero, R., Guardiola, R., Moreno-Alcazar, Valiente, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V., & Amann, B. L. (2016). 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Available online 11 February 2016, ISSN 1888-9891, <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>.

Pecora, P. J., Roller White, C., Jackson, L. J., Wiggins, T. (2009) Mental health of current and former recipients of foster care: a review of recent studies in the USA. *Child & Family Social Work*.(14), 2,132–146.

Shapiro , F. (2001). *EMDR: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guildford Press.

Stover, C. S. & Kiselica, A. (2014). An initial examination of the association of reflective functioning to parenting of fathers. *Infant Mental Health*, 35(5), 452-461.

Trentini, C., Pagani, M, Fania, P, Speranza, A. M., Nicolais, G., & cols. (2015). Neural processing of emotions in traumatized children treated with Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy: a hdEEG study. *Frontiers in psychology*, 5(6), 1662.

Van der Kolk, B. (2002). *Más allá de la cura por el diálogo: experiencia somática, imprints subcorticales y tratamiento del trauma*. New York: APA Press.

## **VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE RESILIENCIA (ER) DE WAGNILD Y YOUNG EN UNA MUESTRA DE JÓVENES**

Otero, J., Miranda, AL., Lupiáñez, M., Muñoz, MA., Vila, J & Sánchez-Barrera, MB

Centro de investigación mente cerebro y comportamiento (CIMCYC)  
Universidad de Granada.

Correo: juliaotero@correo.ugr.es

La resiliencia es un constructo multidimensional y dinámico que hace referencia a la capacidad que tienen las personas de afrontar o recuperarse con éxito de situaciones adversas. Debido a la relación entre resiliencia y el potencial de salud, es necesario disponer de instrumentos fiables, válidos y sensibles para medir el constructo en diferentes culturas y distintos grupos de edad.

**Objetivo:** Evaluar las características psicométricas de la versión española de la Escala de Resiliencia (ER) en una muestra de jóvenes.

**Metodología:** Para la validación de la ER, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) sobre la matriz de correlaciones policóricas (método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados y Rotación Promin).

**Resultados:** El AFE mostró una estructura unidimensional de la escala. En cuanto a la validez convergente y discriminante, se analizó la correlación entre la ER, la CD-RISC-25 y otras variables psicológicas entre las que cabe destacar la flexibilidad cognitiva y la sensibilidad al castigo y a la recompensa, entre otras.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que la ER es un instrumento válido para medir la resiliencia en esta población, permitiendo seleccionar personas con altos y bajos niveles de resiliencia y establecer diferencias en las variables evaluadas. Se propone el estudio del ítem 11 y realizar un análisis factorial exploratorio y confirmatorio que aporte evidencia de validez cruzada, corroborando la estructura original de dos factores.

**Palabras clave:** Resiliencia, ER, Análisis factorial, Validez, Flexibilidad cognitiva

## **AUTOEFICACIA Y RESPUESTAS PSICOFISIOLÓGICAS IMPLICADAS EN ESCALADA DEPORTIVA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS MODALIDADES DE ESCALADA.**

Capote, J.<sup>1,3</sup>, Díaz-Ferrer, S.<sup>2,3</sup>, Lupiáñez, M.<sup>1,3</sup>, Mata-Martín, J.L.<sup>1,3</sup>, y Vila, J.<sup>1,3</sup>.

<sup>1</sup> Universidad de Granada

<sup>2</sup> Universidad de Jaen

<sup>3</sup> Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento



# Universidad de Granada

(2017)

### Resumen

El miedo a caer puede ser considerado uno de los estímulos con los que la evolución nos habría dotado para asociar miedo a situaciones que amenazaron la supervivencia de nuestra especie. Un deporte donde la caída está siempre presente es la escalada deportiva. No obstante, existe una modalidad de escalada deportiva, llamada “escalada de segundo” donde la caída no existe. Este estudio examinó dos grupos de escaladores: “escaladores de primero”, con 37 participantes (10 mujeres) y “escaladores de segundo”, con 44 participantes (20 mujeres). Ambos grupos completaron cuestionarios de escalada, autoeficacia y ansiedad estado. La conductancia eléctrica de la piel (SCR) y la tasa cardíaca (HR) también fueron registradas utilizando el paradigma de visualización de imágenes de Lang con imágenes agradables, neutras y

desagradables seleccionadas del International Affective Picture System (IAPS) junto con imágenes de caídas de escalada. Los resultados mostraron diferencias entre ambos grupos en autoeficacia y ansiedad rasgo. Los “escaladores de primero” puntuaron significativamente más alto en autoeficacia y más bajo en ansiedad. También se encontraron diferencias significativas tanto en SCR como en HR. Los “escaladores de primero” mostraron un patrón cardíaco desacelerativo, mientras que los “escaladores de segundo” mostraron un patrón cardíaco acelerativo mientras visualizaban imágenes de escalada. Los “escaladores de primero” también mostraron más amplias respuestas de conductancia eléctrica ante las imágenes del IAPS. Estos descubrimientos sugieren un patrón de respuesta psicofisiológica predominantemente “atencional” en los “escaladores de primero” y un patrón psicofisiológico predominantemente “emocional” en los “escaladores de segundo”.

*Palabras Claves: Miedo, Escalada, SCR, HR, IAPS*

## Resumo

O medo de cair pode ser considerado um dos estímulos que a evolução nos teria dotado para associar medo a situações que ameaçavam a sobrevivência de nossa espécie. Um esporte onde a queda está sempre presente é a escalada esportiva. No entanto, existe uma forma de escalada, chamada "escalada em top rope", onde a queda não existe. Este estudo examinou dois grupos de escaladores: escaladores à frente, com 37 participantes (10 mulheres) e escaladores em top rope, com 44 participantes (20 mulheres). Ambos os grupos preencheram questionários de escalada, de autoeficácia e de estado de ansiedade. A condutância elétrica da pele (SCR) e a taxa cardíaca (HR) também foram registrados, utilizando-se o paradigma de visualização de imagens de Lang, com imagens agradáveis, neutras e desagradáveis, selecionadas do *International Affective Picture System (IAPS)*, juntamente com imagens de quedas em escalada. Os resultados mostraram diferenças entre os dois grupos em termos de eficácia e de traço de ansiedade. A pontuação dos escaladores à frente foi significativamente maior em autoeficácia e menor em ansiedade. Também foram encontradas diferenças significativas tanto em SCR como em HR. Os escaladores à frente apresentaram padrão cardíaco desacelerativo, enquanto os escaladores em top rope apresentaram padrão cardíaco acelerativo enquanto visualizavam imagens de escalada. Os escaladores à frente também apresentaram maiores respostas de condutância elétrica frente a imagens do IAPS. Estes resultados sugerem um padrão de resposta psicofisiológica predominantemente atencional nos escaladores à frente e predominantemente emocional em escaladores em top rope.

*Palavras-chave: Medo, Escalada, SCR, HR, IAPS.*

*Keywords: Fear, Climbing, SCR, HR, IAPS.*

“People who regard themselves as highly efficacious act, think, and feel differently from those who perceive themselves as inefficacious. They produce their own future, rather than simply foretell it”

Albert Bandura

## INTRODUCCIÓN

La escalada deportiva ha experimentado en los últimos 10 años un crecimiento exponencial, tanto como actividad amateur como deporte de élite altamente competitivo (Giles, Rhodes y Taunton, 2006; Watts, 2004). Dentro de la escalada deportiva se pueden distinguir dos modalidades dependiendo de la forma en la que el escalador se expone al factor de riesgo más relevante de este deporte, la caída: 1) escalada de primero, donde el escalador, a medida que asciende, asegura su progresión utilizando anclajes previamente colocados en la pared y 2) escalada de segundo, donde la cuerda que sujeta al escalador pasa previamente por un seguro que hay en la parte más alta de la vía, permitiendo que el deportista escale en polea, por lo que las posibilidades de una caída quedan minimizadas a cero (Draper, Jones, Fryer, Hodgson y Blackwell, 2010).

El éxito en estas modalidades de escala depende de una serie de factores fisiológicos y psicológicos (Couceiro, 2010) que permiten lograr el objetivo de esta práctica deportiva, esto es, progresar desde el suelo hasta el último punto de seguridad sin caer o descansar en los puntos de seguridad (para una mayor comprensión, ver Bisharat, 2009).

Según Bandura (1997) que la gente tome riesgos y asuma desafíos es debido a la creencia que ellos tienen en sí mismos como capaces de afrontar la situación y tener sentimientos de autoeficacia. Así, la autoeficacia se refiere a la creencia que un individuo presenta sobre su propia capacidad para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para conseguir los logros propuestos (Bandura, 1997). Aquellos que presentan mayores niveles de autoeficacia son más propensos a fijar metas desafiantes, esforzarse en la consecución de la s misma s, así como a persistir de cara a la adversidad por más tiempo (Bandura, 1997).

Algunos autores han puesto el foco de atención sobre el efecto que la ansiedad y la autoeficacia podrían tener en la práctica de la escalada. En esta línea, Hardy y Hutchinson (2007) observaron que los escaladores que son capaces de escalar grados de dificultad más elevados “a vista”, esto es, en un único primer intento, presentaron niveles más bajos de ansiedad y más altos de autoeficacia. En otro estudio en el que se analizó la influencia de distintos factores como edad, autoeficacia, experiencia y frecuencia sobre la práctica de escalada se encontró de nuevo que la autoeficacia era el factor que con mayor probabilidad predecía el éxito en el rendimiento de este deporte (Llewellyn, Sanchez, Asghar y Jones, 2008). Kascenska (1998) encontró que un breve entrenamiento en escalada en roca tuvo un efecto positivo en el incremento de la autoeficacia general de los participantes.. Sin embargo, no se ha encontrado ningún estudio científico hasta

el momento que correlacione la práctica de las diferentes modalidades de escalada deportiva con diferentes niveles de autoeficacia general, esto es, fuera del ámbito de la escalada. Una aproximación al objeto de nuestro estudio fue la investigación llevada a cabo por Draper et al., (2010), donde se focalizaron en la autoconfianza percibida por los escaladores antes de realizar una práctica en escalada midiendo dicha autoconfianza en función de si los deportistas tenían que realizar la escalada bien en la modalidad de primero o en la de segundo. No obstante, en ningún caso tuvieron en cuenta la autoeficacia general de los escaladores fuera del contexto de la práctica de la escalada. Del mismo modo, ninguno de los estudio mencionados anteriormente tuvo en cuenta ninguna medida objetiva (ej. medidas psicofisiológicas) para analizar la correlación entre la práctica de la escalada deportiva en sus diferentes modalidades y el comportamiento fisiológico del deportista en diferentes situaciones.

Así, la presente investigación tiene como principal objetivo examinar si una o algunas variables psicológicas y psicofisiológicas pudieran ser diferentes entre los individuos que practican escalada deportiva en función de la modalidad en la que se realizan dicha actividad. Para examinar las respuestas psicofisiológicas hemos utilizado el paradigma de visualización de imágenes afectivas del profesor Peter Lang (1995). En este paradigma se presentan imágenes seleccionadas del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS) mientras se registran respuestas psicofisiológicas, tal como se explica más adelante en el apartado de método.

Todo ello nos lleva a lanzar dos hipótesis. La primera, que los escaladores de la modalidad “de primero” tendrán unas puntuaciones en autoeficacia mayores que los escaladores de la modalidad “de segundo”. La segunda, que ambos grupos diferirán en cuanto a la manifestación fisiológica propia de la visualización de las imágenes afectivas del paradigma de visualización de imágenes afectivas mencionados las imágenes afectivas del paradigma de visualización de imágenes afectiva mencionado.

## MÉTODO

### *Declaración ética*

Esta investigación fue aprobada por el comité ético de la Universidad de Granada (España) y fue llevada a cabo acorde a la Declaración de Helsinki. Todos los sujetos firmaron un documento de consentimiento informado.

### *Participantes*

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 81 escaladores voluntarios (30 mujeres) de diferentes regiones españolas, cuyas edades estaban comprendidas entre los 19 y los 56 años (media  $\pm \sigma = 34,04$  años  $\pm 7,860$ ). La experiencia de los participantes en la práctica de la escalada deportiva también se tuvo en cuenta y fue igualada en ambos Grupos. El tiempo de inicio de la práctica de la escalada por parte de los participantes estuvo comprendido entre los 4 y los 40 años (media  $\pm \sigma = 11,81$  años  $\pm 8,646$ ). Ninguno de estos

participantes presentaban ningún tipo de problema de visión, ni de audición, así como ningún tipo de enfermedad física o mental.

### *Procedimiento*

Los participantes fueron reclutados a través de un breve cuestionario realizado con la aplicación Google Drive (Anexo A). Posteriormente se les citaba en las instalaciones del Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento de la Universidad de Granada para la realización de las tareas de este estudio.

### *Tareas y estímulos*

#### *a) Datos demográficos y asignación de participantes a Grupos.*

La primera tarea consistió en una entrevista con el investigador donde, por un lado, se recopilaban tanto los datos personales de los participantes como conductas de los mismos en el ámbito de la escalada. Por otro lado respondieron a una serie de situaciones que el investigador les presenta y que sirvieron para incluir a los escaladores en uno de los dos Grupos que dividirían la muestra (Grupo 1 o Grupo 2).

#### *- División de los Grupos*

La división de los Grupos se hizo, tal como se explicó en el apartado anterior, a través de la formulación de una serie de situaciones que el investigador describió a cada participante y en la que éste debía responder a una de entre una serie de opciones de respuesta. Las situaciones reflejaban algunas de las que suelen producirse en la realización de una vía de escalada en la modalidad “escalada de primero”, todas ellas referidas a una probable caída. Para que el escalador pasara a formar parte del Grupo 1 (escaladores de primero) debía responder al menos a 4 de las 5 situaciones de la forma descrita por el investigador (Anexos B y C). En caso contrario el escalador pasaría a formar parte del Grupo 2 (escaladores de segundo).

#### *b) Medidas psicológicas (autoinformadas)*

La segunda tarea fue la realización de una serie de cuestionarios en formato digital. Posteriormente, y tras asignación de los participantes a los diferentes Grupos, se procedía a la realización de la tarea psicofisiológica.

#### *- Cuestionarios*

Las medidas psicológicas que se recogieron en este estudio fueron a) STAI-R (Stait-Trait Anxiety Inventory) (Spielberger et al., 1970), b) CSES (The Climbing Self-Efficacy Scale) (David J. Llewellyn, Xavier Sanchez, Amanda Asghar, Gareth Jones, 2008) y c) Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarcer,

1996). Todos los participantes realizaron los cuestionarios en el mismo orden y en ningún caso hubo tiempo límite para el cumplimiento de los mismos.

### *c) Medidas psicofisiológicas*

La tercera tarea fue la realización de una prueba psicofisiológica utilizando el paradigma de visualización de imágenes afectivas de Peter Lang. Se presentaron imágenes a los participantes de las tres categorías afectivas (agradables, desagradables y neutras) del conjunto de imágenes del IAPS (ver Lang, Ohman, & Vaitl, 1988). También se presentaron imágenes de caída de escalada. Se registró la tasa cardíaca (TC) y la conductancia eléctrica de la piel (SCR). Se seleccionaron 16 imágenes de cada una de las categorías y se presentaron en el orden que siguió a un cuadrado latino. Los sujetos fueron aleatoriamente asignados a uno de los cuatro bloques que sumaron un total de 64 ensayos (16 imágenes x 4 categorías). La duración de la prueba estaba dividida de la siguiente manera: 1 minuto de adaptación a la condición experimental, seguido de 5 minutos de línea base. Posteriormente se presentaron las imágenes por un periodo de 6 segundos con un intervalo entre imágenes que variaba entre los 6 y los 8 segundos (tomados cada ½ segundo). La duración de la prueba psicofisiológica fue de 30 minutos. Se utilizó el software Eprime para la presentación de las imágenes y el software Acknowledge para el registro computerizado. Las respuestas fisiológicas se analizaron medio segundo a medio segundo a partir de la presentación de la imagen y se expresaron en términos de puntuaciones diferenciales con respecto a una línea de base de 1 segundo anterior a la imagen.

Posteriormente a la finalización de la prueba psicofisiológica los participantes realizaron la evaluación de las imágenes a través de la escala pictórica Self-Assessment Manikin o SAM (Bradley y Lang, 1994). Esta escala ofrece puntuaciones en tres dimensiones: Valencia (agradable-desagradable), Arousal (relajado-activado) y Dominancia (dominado-dominador).

### *Análisis estadístico*

Todos los análisis fueron realizados utilizando el programa estadístico SPSS (versión 15.0 para Windows) así como el programa Microsoft Excel (Microsoft, 2003). Para analizar las diferencias estadísticamente significativas entre ambos Grupos en las medidas autoinformadas se realizó o bien la prueba t de muestras independientes, o bien la prueba U de Mann Withney cuando no se cumplía la normalidad de las distribuciones. Posteriormente, se obtuvo el tamaño del efecto aplicando la prueba D de Cohen. Para las medidas psicofisiológicas (TC y SCR) se aplicó un ANOVA con dos factores de grupos independientes, Grupo de Escalada y Género, y dos factores de medidas repetidas, Categoría de Imagen (con 4 niveles: agradables, desagradables, neutras y escalada) y Tiempo (con se registraron los 12 medios segundos para la conductancia eléctrica de la piel SCR y los 16 medios segundos para la tasa cardíaca) TC posteriores a la presentación de la imagen) y las 4 categorías (agradables, desagradables, neutras y escalada), así como 2 Grupos y 2 Géneros. La corrección Greenhouse – Geisser se utilizó para corregir cualquier violación de esfericidad en las medidas repetidas. Para comparar los efectos principales se utilizó el test de Bonferroni. El nivel de significación se fijó en 0,05 para todos los análisis.

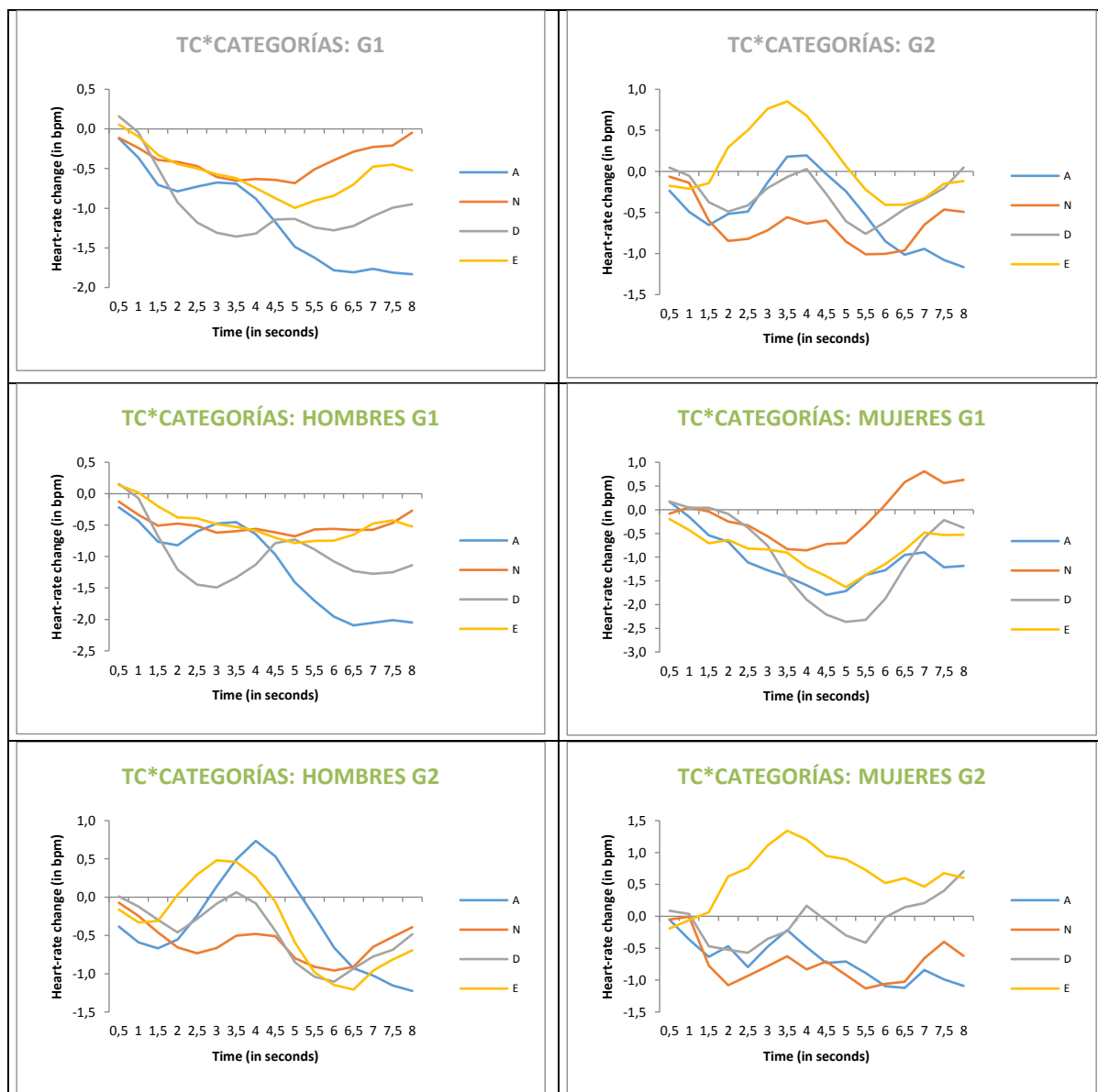
## RESULTADOS

### *a) Medidas Autoinformadas*

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de los cuestionarios de autoeficacia, tanto en el de autoeficacia en general (U de Mann-Whitney=596,000,  $p=0,038$ ;  $r=0,23$ ) como en el de autoeficacia en escalada “CSES” ( $F=11,795$ ;  $p=0,000$ ;  $d$  de Cohen=0,6), no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas en género. También se encontraron diferencias marginalmente significativas entre ambos Grupos en ansiedad rasgo (STAI-R) ( $F=7,413$ ;  $p=0,058$ ;  $d$  de Cohen=0,45).

### *b) Medidas psicofisiológicas*

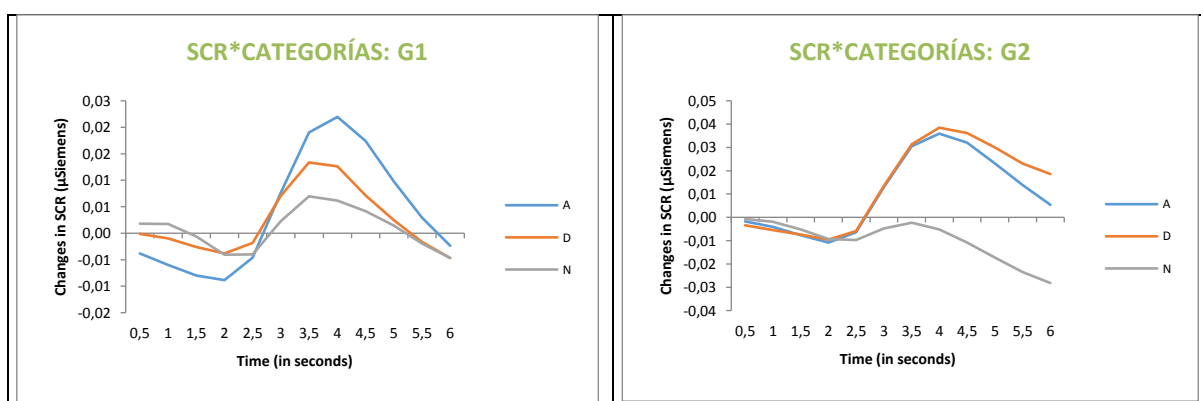
**Tasa Cardíaca (TC):** Los resultados del ANOVA 2 (Grupos) x 2 (Género) x 4 (Categorías) x 16 (Tiempo) muestra un efecto significativo de Tiempo ( $F=6,957$ ,  $p=0,000$ ;  $\eta^2=0,098$ ), un efecto significativo de Tiempo x Categoría ( $F=3,249$ ,  $p=0,001$ ;  $\eta^2=0,048$ ), un efecto significativo de Tiempo x Grupos ( $F=5,355$ ,  $p=0,001$ ;  $\eta^2=0,077$ ) y un efecto significativo de Tiempo x Género ( $F=4,482$ ,  $p=0,003$ ;  $\eta^2=0,065$ ). En la figura 1 (fila superior) se puede observar gráficamente la disparidad entre las respuestas cardíacas de ambos Grupos. Además, si ampliamos la observación dividiendo los Grupos por género, podemos observar en la misma figura (fila central) el componente desacelerativo para los dos géneros del Grupo 1 (escalada de primero) sin que existieran diferencias significativas entre las categorías entre los mismos. Contrariamente, en la misma figura se puede observar, por un lado, que en los hombres del Grupo 2 (fila inferior izquierda) la tasa cardíaca mostraba un pequeño componente desacelerativo inicial seguida de una posterior aceleración, sin que hubiera diferencias significativas entre las categorías y, por otro lado, que en las mujeres del Grupo 2 (fila inferior derecha) se observan claras diferencias entre las imágenes de las categorías de escalada, esto es, una extrema aceleración cardíaca que no es precedida del típico componente desacelerativo (ver discusión). Solo las mujeres del Grupo 2 mostraron modulación afectiva en la prueba psicofisiológica (ver discusión).



**Figura 1. Respuestas en Tasa Cardíaca (TC) durante los 8 segundos posteriores a la presentación de la imagen (tomados cada medio segundo) diferenciado por Grupos y por Grupos y género.**

**Conductancia eléctrica de la piel (SCR):** Los resultados del ANOVA 2 (Grupos) x 2 (Género) x 4 (Categorías) x 16 (Tiempo) muestra un efecto significativo de Categorías ( $F=14,830$ ,  $p=0,000$ ;  $\eta^2=0,179$ ), de Tiempo ( $F=27,457$ ,  $p=0,000$ ;  $\eta^2=0,288$ ) y Tiempo x Categorías ( $F=16,245$ ,  $p=0,000$ ;  $\eta^2=0,193$ ). En la comparación por pares (Bonferroni) se encontraron diferencias significativas entre la imagen de escalada y las agradables ( $p=0,001$ ), entre la de escalada y las desagradables ( $p=0,001$ ) y entre las de escalada y las neutrales ( $p=0,002$ ). Posteriormente se decidió ver el efecto de las respuestas solo antes las 3 categorías del conjunto de imágenes del IAPS, para ello se excluyó la imagen de escalada del análisis. También se redujeron los segundos de registro a los primeros 6 segundos tras la presentación de la imagen (tomados cada medio segundos). Los resultados del ANOVA 2 (Grupos) x 2 (Género) x 3 (Categorías) x 12 (Tiempo) mostraron un efecto significativo de Categoría x Género ( $F=6,412$ ,  $p=0,003$ ;  $\eta^2=0,086$ ), de Categoría x Grupo ( $F=5,297$ ,  $p=0,006$ ;  $\eta^2=0,072$ ), de

Tiempo ( $F=7,965$ ,  $p=0,000$ ;  $\eta^2=0,105$ ), de Tiempo x Género x Grupo ( $F=7,025$ ,  $p=0,001$ ;  $\eta^2=0,094$ ), Tiempo x Categoría x Género ( $F=3,696$ ,  $p=0,022$ ;  $\eta^2=0,052$ ) y, por último, de Tiempo x Categoría x Grupo ( $F=2,840$ ,  $p=0,054$ ;  $\eta^2=0,040$ ). En la figura 2 se puede observar la respuesta de SCR dividida, primero diferenciada por Grupos (fila superior) y, posteriormente, diferenciada entre Grupos y género (filas media e inferior) entre las 3 categorías del conjunto de imágenes el IAPS en los 6 segundos (tomados cada medio segundo) posteriores a la presentación de la imagen. Como se puede observar en la figura, los hombres del Grupo 1 (fila central izquierda) responden con el patrón típico de activación ante un paradigma de modulación emocional, encontrándose diferencias significativas entre las imágenes agradables y neutras ( $p=0,011$ ) y entre las imágenes desagradables y neutras ( $p=0,040$ ). Por otro lado, si observamos a las mujeres del Grupo 1 (fila central derecha) no existe modulación emocional ante la visualización de las imágenes, esto es, no se encuentran diferencias en las respuestas ante la visualización de las diferentes categorías. De la misma manera, si nos fijamos ahora en el Grupo 2, observamos que los hombres (fila inferior izquierda) observamos que, tal como ocurre con los hombres del Grupo 1, con el patrón típico de activación de activación del paradigma, encontrándose diferencias marginalmente significativas entre las imágenes agradables y neutras ( $p=0,052$ ) y entre las imágenes desagradables y neutras ( $p=0,072$ ). Por otro lado, si observamos a las mujeres del Grupo 2 (fila inferior derecha) observamos cómo la modulación emocional sólo se observa con las imágenes desagradables respecto a las otras dos categorías, encontrándose únicamente diferencias significativas entre las desagradables y las neutras ( $p=0,048$ ) (ver discusión). No se encontraron diferencias significativas entre los Grupos en la imágenes de escalada, aunque gráficamente se puede observar que la respuesta es mayor en el Grupo 2. Por último se analizaron las respuestas de los últimos 4 segundos de visualización de la imagen de escalada para ambos Grupos y, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas sí se observó gráficamente que la respuesta del Grupo 1 tendía a la habituación en esos últimos segundos, mientras que la respuesta del Grupo 2 seguía un patrón lineal ascendente (ver discusión).



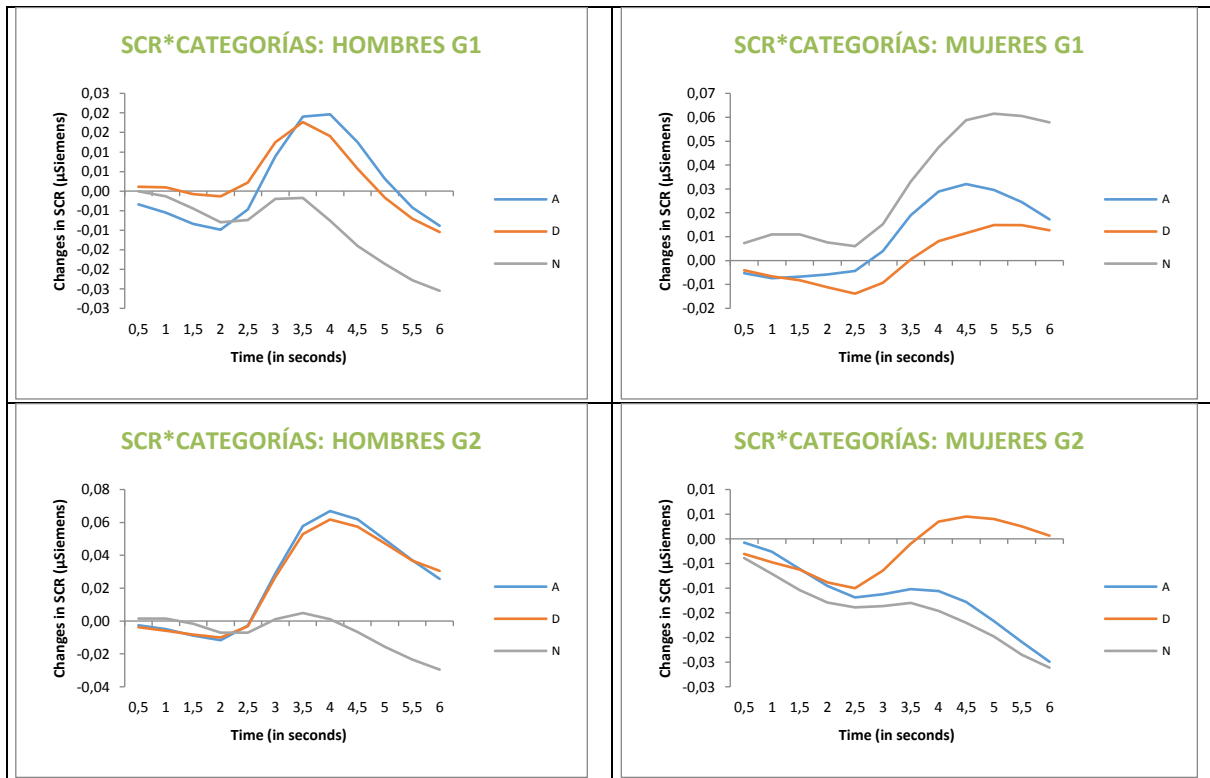
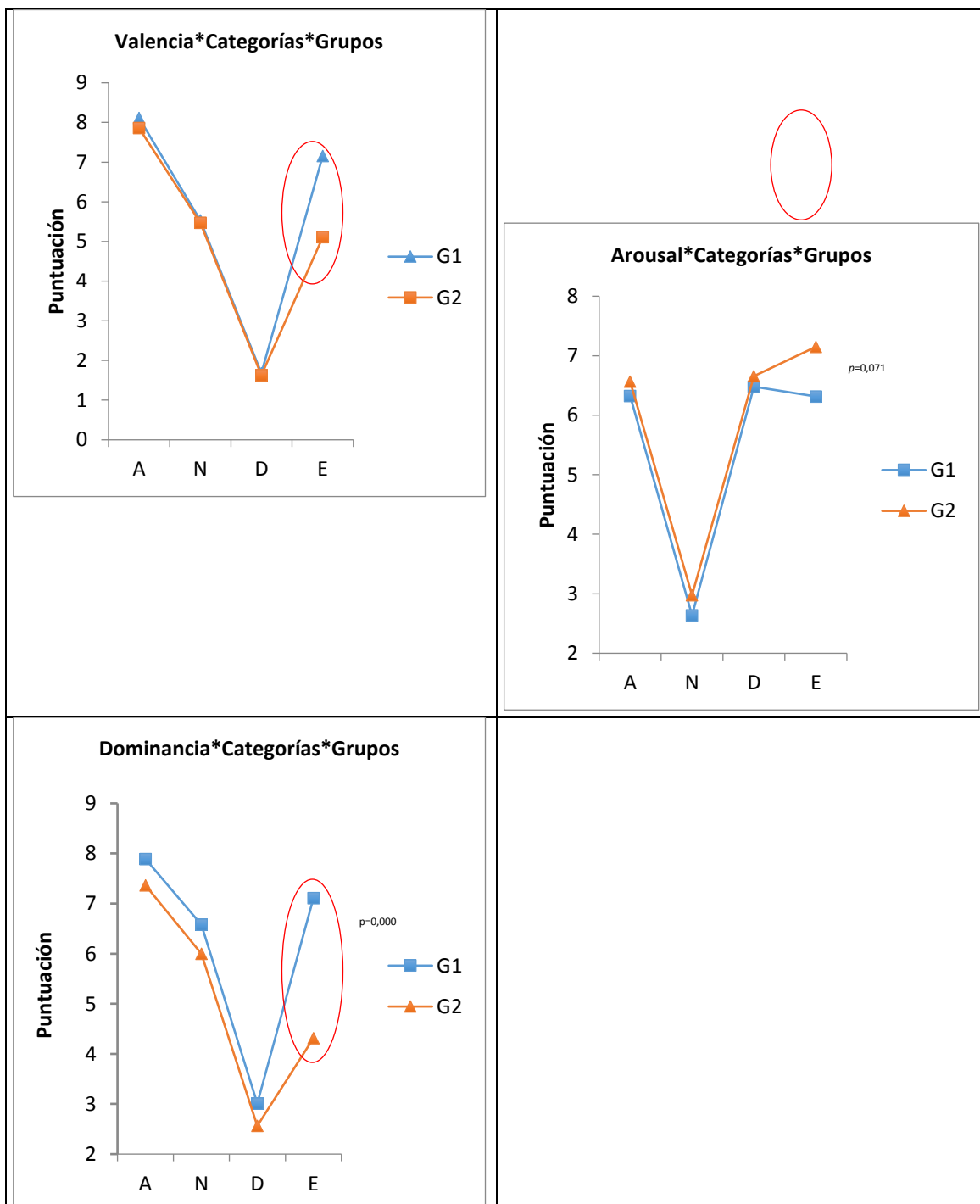


Figura 2. Respuestas en conductancia eléctrica de la piel (SCR) durante los 6 segundos posteriores a la presentación de la imagen (tomados cada medio segundo) diferenciado por Grupo y por Género.

c) *Medidas Subjetivas de Valencia, Arousal y Dominancia*



**Figura 3. Puntuaciones en la escala SAM de ambos grupo en las dimensiones de Valencia, Arousal y Dominancia.**

Las evaluaciones subjetivas de las imágenes mostraron diferencias entre los dos grupos, particularmente en las evaluaciones de las imágenes de escalada, siendo el Grupo 2 el que las evaluaba como más desagradables, más activantes y menos dominantes que el Grupo 1 ( ver fig. 3).

## DISCUSIÓN

Los resultados confirman la primera hipótesis en la que los escaladores del grupo 1 tendrían una puntuación mayor en autoeficacia que los escaladores del grupo 2. La autoeficacia se refiere a la percepción que uno tiene de sí mismo como capaz de conseguir aquello que se propone (Bandura, 1997), y no cabe duda que creerse capaz de seguir progresando en una ruta de escalada aún cuando una potencial caída acecha al escalador podría, en vista de los resultados obtenidos, considerarse como un índice de niveles altos de autoeficacia. Nuestra hipótesis surgió de la idea de que esa autoeficacia pudiera extrapolarse más allá del contexto específico de la escalada. Cuando se progresa en escalada se alcanzan una serie de objetivos que, en un primer momento, quizás por aquello a lo que hacía mención Seligman, pudieran parecer imposibles. Por todo ello, pensamos que las diferencias encontradas en autoeficacia podrían deberse a la consecución repetida de objetivos que a priori pudieran ser considerados como imposibles. Otro aspecto importante en esta investigación fueron los resultados obtenidos en las puntuaciones en ansiedad rasgo. Muchos son las investigaciones que han sustentado la relación inversa entre puntuaciones en autoeficacia y ansiedad, siendo los individuos más autoeficaces los que puntuaban más bajo en ansiedad y viceversa (Bandura, 1988; Muris, 2002; Bandura, Pastorelli, Barbaranelli y Caprara 1999). Todos estos estudios sirven de apoyo a los resultados encontrados en nuestro estudio, pudiendo considerar a los escaladores del Grupo 1 como más autoeficaces y menos ansiosos que los del Grupo 2.

Por otro lado, en cuanto a las medidas psicofisiológicas en las que se centraba la segunda hipótesis, y tras analizar la tasa cardíaca, podemos observar que los deportista del Grupo 1 no muestran modulación emocional ante la visualización de las imágenes de las cuatro categorías presentadas (Agradables, Neutras, Desagradables y Escalada), pudiéndose interpretar sus respuestas como una respuesta de orientación o de aceptación sensorial (Lacey, 1967). Por otro lado, cuando observamos los patrones de respuesta cardíaca en el Grupo 2 observamos que sí existe modulación emocional ante la visualización de las cuatro categorías de imágenes, observándose en sus respuestas una primera desaceleración, típica de los procesos atencionales descritos anteriormente, y una posterior aceleración. Además, contrariamente a lo que ocurría en el grupo 1, estas respuestas sí se diferenciaban entre las diferentes categorías. Cuando separamos por género podemos observar que tanto los hombres como las mujeres del Grupo 1 muestran el patrón descrito anteriormente, esto es, desaceleraciones ante la presentación de las cuatro categorías de imágenes. Sin embargo, cuando separamos por género en el Grupo 2 podemos observar en las mujeres de dicho Grupo una respuesta cardíaca ante las imágenes de escalada que coincide con las respuestas que un individuo fóbico presenta ante la presentación de imágenes de su objeto fóbico. En diversos estudios (Hare, 1973; Klorman, 1977) concluyen que las imágenes de mutilación (estudio de Klorman) o de arañas (estudio de Hare) provocaron aceleración cardíaca en sujetos que temían especialmente esas imágenes, mientras que, por el contrario, las mismas imágenes provocaban una bradicardia en aquellos individuos que solo temían levemente el material contenido en dichas imágenes. Por otro lado, las observaciones comportamentales llevadas a cabo por escaladores expertos llevan a asegurar que, a nivel comportamental, los escaladores del Grupo 2

muestran conductas típicas de los individuos fóbicos, esto es, miedo o ansiedad intensa e inmediata por una situación específica, que se evita o resiste, desproporcionado al peligro real, persistente en el tiempo, que causa malestar clínicamente significativo y que no se explica por otro tipo de causa (DSM-5). Por todo lo expuesto anteriormente podemos concluir que los escaladores del Grupo 1 podrían realizar un análisis más profundo y duradero cuando un estímulo novedoso es presentado, independientemente de la naturaleza del mismo; mientras que, por otro lado, los escaladores del Grupo 2, y en especial las mujeres, responden ante la presentación de imágenes de caídas de escalada con un patrón típico al que presentan los sujetos fóbico cuando observan el objeto de dicha fobia.

En cuanto a los resultados obtenidos en la conductancia eléctrica de la piel, también incluidas en la segunda hipótesis, los resultados obtenidos apuntan en la misma línea que los resultados en tasa cardíaca. Las respuestas del Grupo 1 no mostraron el típico patrón de modulación emocional pudiendo ser consideradas como respuestas típicas de orientación, mientras que el patrón de respuesta mostrado por el Grupo 2 sí mostró la modulación emocional típica encontrada en el paradigma utilizado. Todo lo anterior nos lleva a apuntar que los escaladores del Grupo 1 muestran un patrón de respuesta psicofisiológico predominantemente atencional, mientras que los escaladores del Grupo 2 muestran un patrón de respuesta predominantemente emocional.

El éxito en escalada radica en que el escalador sea capaz de alcanzar el punto más alto de la ruta sin ayuda de medios artificiales, es decir, por los propios medios tanto físicos como psicológicos que el escalador posee, y siempre haciéndolo en la modalidad “de primero”; es lo que se conoce como “encadenar una vía”. El hecho de encadenar una vía en la modalidad “de segundo” no está contemplado como “válido” por la comunidad escaladora. Sin embargo, el incremento de la práctica de deportes de riesgo ha propiciado que la práctica de la escalada deportiva en su modalidad “de segundo” se utilice como una modalidad propia. Que un escalador pueda decidir libremente en qué modalidad va a escalar, además de que el factor principal que inclina la balanza hacia una u otra forma de hacerlo sea que el deportista esté o no dispuesto a correr el riesgo de caer, apuntaba a que podrían existir diferencias tanto psicológicas como psicofisiológicas entre ambos Grupos de escaladores cuando se enfrentaran a la caída, considerando a ésta como uno de esos estímulos preparados biológicamente para ser asociado como aversivos a los que hacía referencia Seligman.

La escalada deportiva, debido a las características propias de la actividad (que se desarrolle en un medio natural al mismo tiempo que se trate de un deporte de superación en el que existe un componente de riesgo, entre otras cosas) podría ser considerada como una actividad que pudiera modular algunas características de la personalidad del individuo. Futuras investigaciones han de estudiar si las diferencias encontradas pudieran ser causas o consecuencias de la práctica de alguna de las modalidades de este deporte.

## REFERENCIAS

- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of social and clinical psychology*, 4(3), 359-373.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety research*, 1(2), 77-98.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and social Psychology*, 76(2), 258.
- Bisharat, A. (2009). *Sport climbing: From top rope to redpoint, techniques for climbing success*. The Mountaineers Books.
- Booth, J., Marino, F., Hill, C. y Gwinn, T. (1999). Energy cost of sport rock climbing in elite performers. *British Journal of Sports Medicine*, 33(1), 14-18.
- Boschker, M. S., Bakker, F. C., y Michaels, C. F. (2002). Memory for the functional characteristics of climbing walls: Perceiving affordances. *Journal of Motor Behavior*, 34(1), 25-36.
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1994). Measuring emotion: the self-assessment manikin and the semantic differential. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 25(1), 49-59.
- de Geus, B., O'Driscoll, S. V. y Meeusen, R. (2006). Influence of climbing style on physiological responses during indoor rock climbing on routes with the same difficulty. *European journal of applied physiology*, 98(5), 489-496.
- de Moraes Bertuzzi, R. C., Franchini, E., Kokubun, E. y Kiss, M. A. (2007). Energy system contributions in indoor rock climbing. *European journal of applied physiology*, 101(3), 293-300.
- Couceiro Canalejo, J. (2010). Perfil antropométrico y respuesta psicofisiológica en escalada deportiva en roca: Diferencias entre modalidades (Doctoral dissertation, Ciencias).
- Doran, D. A., y Grace, S. R. (2000). Physiological and metabolic responses in novice and recreational rock climbers. The science of climbing and mountaineering (CD-ROM). Champaign, IL: Human Kinetics Software.
- Draper, N., Jones, G. A., Fryer, S., Hodgson, C. I. y Blackwell, G. (2010). *Physiological and psychological responses to lead and top rope climbing for intermediate rock climbers*. *European Journal of Sport Science*, 10(1), 13-20.
- Ewert, A. y Hollenhorst, S. (1989). Testing the adventure model: Empirical support for a model of risk recreation participation. *Journal of Leisure Research*, 21(2), 124.
- Feher, P., Meyers, M. y Skelly, W. (1998). Psychological profile of rock climbers: State and trait attributes. *Journal of Sport Behavior*, 21(2), 167-180.

- García, M. (2006). Posmodernidad y deporte: entre la individualización y la masificación. Encuesta hábitos deportivos de los españoles 2005. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Giles, L. V., Rhodes, E. C. y Taunton, J. E. (2006). The physiology of rock climbing. *Sports Medicine*, 36(6), 529-545.
- Hardy, L. y Hutchinson, A. (2007). Effects of performance anxiety on effort and performance in rock climbing: A test of processing efficiency theory. *Anxiety, stress, and coping*, 20(2), 147-161.
- Kascenska, J. R. (1998). Changes in perceived risk and competence during rock climbing.
- Lang, P. J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American psychologist*, 50(5), 372.
- Lang, P. J., Ohman, A., & Vaitl, D. (1988). The international affective picture system [photographic slides]. *Gainesville, FL: Center for Research in Psychophysiology, University of Florida*.
- Llewellyn, D. J., Sanchez, X., Asghar, A. y Jones, G. (2008). Self-efficacy, risk taking and performance in rock climbing. *Personality and Individual Differences*, 45(1), 75-81.
- Long, J. (1993). *Rock climb* (5-9). Evergreen, CO: Chockstone Press.
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and individual differences*, 32(2), 337-348.
- Schrader, M. P., y Wann, D. L. (1999). High-risk recreation: The relationship between participant characteristics and degree of involvement. *Journal of Sport Behavior*, 22(3), 426-441.
- Seligman, M. E. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior therapy*, 2(3), 307-320.
- Slanger, E. y Rudestam, K. E. (1997). Motivation and disinhibition in high risk sports: Sensation seeking and self-efficacy. *Journal of Research in Personality*, 31(3), 355-374.
- Turner, C., McClure, R. y Pirozzo, S. (2004). Injury and risk-taking behaviour. A systematic review. *Accident Analysis and Prevention*, 36(1), 93-101. doi: 10.1016/S0001-4575(02)00131-8
- Watts, P.B., Martin, D. T. y Durtschi, S. (1993). Anthropometric profiles of elite male and female competitive sport rock climbers. *Journal of Sports Sciences*, 11, 113-117.
- Watts, P. B. (2004). Physiology of difficult rock climb. *European Journal of Applied Physiology*, 91, 361-372.

## ANEXO A

Cuestionario de reclutamiento de escaladores para posterior selección según requisitos. Este cuestionario fue enviado online a través de la red social Facebook tal como se detalla en el procedimiento del informe.

### Demographic & Rock Climbing Experience Questionnaire

El cuestionario que se le presenta a continuación tiene como finalidad la recogida de datos tanto demográficos\* como experienciales del escalador con el propósito de seleccionar una muestra homogénea de participantes para realizar una investigación sobre algún componente de la escalada. Se va a realizar en la Universidad de Granada, en el Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC)

Este cuestionario es totalmente confidencial y los datos personales (teléfono y nombre) solo se utilizarán para ponernos en contacto con usted en caso que fuera seleccionado para la investigación. Nadie tendrá acceso a sus datos personales, ni a sus respuestas. En caso de ser seleccionado para la investigación a su nombre se le asignará un código para garantizar el anonimato de los resultados. En caso de necesitar algún tipo de información puede hacerlo a través del siguiente correo electrónico: [capote@correo.ugr.es](mailto:capote@correo.ugr.es)

Los que formamos parte del equipo de esta investigación y, por supuesto, la comunidad escaladora le agradecemos su tiempo y colaboración.

¡Muchas gracias y buenas escaladas!

\* Es MUY IMPORTANTE que el escalador resida en el área próxima a Granada (España), o que vaya frecuentemente por la zona, para que en caso de ser seleccionado, y éste esté conforme, pueda acudir al CIMCYC a realizar las diferentes tareas para la investigación.

**\*Obligatorio**

**Nombre \***

**Lugar de residencia \***

Ej. Granada

**Apellidos \***

**Nº de teléfono \***

**Correo electrónico \***

**Sexo \***

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

**Ocupación \***

- ☐ Empleado
- ☐ Desempleado
- ☐ Estudiante
- ☐ Otro

**Edad \***

Ej. 25

**Si usted trabaja, estudia, o ambas cosas, por favor señale el tiempo total en promedio que dedica a la semana a dichas labores \***

- ☐ 0 - 10 horas
- ☐ 10 - 20 horas
- ☐ 20 - 30 horas
- ☐ 30 - 40 horas
- ☐ más de 40 horas

**Por favor indique su máximo grado conseguido a vista (on sight) \***

- ☐ entre V y 6a+
- ☐ entre 6b y 6c+
- ☐ entre 7a y 7b+
- ☐ entre 7c y 8a+
- ☐ más de 8a+

**Por favor, indique el tipo de escalada en roca que más se ajuste a su manera de escalar \***

- ☐ Escalo siempre de primero, incluso en vías de mi máximo nivel alcanzado

- ☐ Escalo de primero, aunque solo vías de algún grado por debajo de mi máximo nivel alcanzado en top rope
- ☐ Escalo de primero, aunque sólo vías varios grados por debajo de mi máximo grado alcanzado en top rope
- ☐ Solo escalo de primero cuando he realizado con anterioridad alguna vez esa vía en top rope
- ☐ solo escalo de primero cuando he realizado muchas veces esa vía en top rope
- ☐ solo escalo en top rope

**Por favor indique su máximo grado trabajado \***

- ☐ entre V y 6a+
- ☐ entre 6b y 6c+
- ☐ entre 7a y 7b+
- ☐ entre 7c y 8a+
- ☐ más de 8a+

**En promedio, ¿Cuántas veces al mes ha escalado en el último año? \***

- ☐ más de 15 veces
- ☐ entre 10 y 15 veces
- ☐ entre 5 y 9 veces
- ☐ menos de 5 veces

**¿En qué año comenzó a escalar? \***

Ej. 2004

**En promedio, ¿Escala más a menudo en rocódromo o en roca natural? \***

- ☐ Rocódromo
- ☐ Roca natural

**En promedio, ¿cuántas veces al mes escala en rocódromo? \***

- ☐ más de 15 veces
- ☐ entre 10 y 15 veces
- ☐ entre 5 y 9 veces
- ☐ menos de 5 veces
- ☐ nunca lo hago

**En promedio, ¿cuántas veces al mes escala en roca natural? \***

- ☐ más de 15 veces
- ☐ entre 10 y 15 veces
- ☐ entre 5 y 9 veces

- ☐ menos de 5 veces
- ☐ nunca lo hago

**Si existe algo más que crea importante que debamos saber sobre usted y la escalada en roca, por favor utilice el espacio a continuación para describirlo.**

## ANEXO B

Entrevista a los participantes para recogida de datos y para inclusión para uno de los Grupos (preguntas 1 a 5). En el anexo C se podrán ver las opciones de respuestas para las preguntas 1 a 5.

### Entrevista participante

En esta página debe anotar los datos que se piden y todas las incidencias que ocurran en el apartado "Incidencias" que se encuentra al final del cuestionario

**\*Obligatorio**

**Nombre \***

Escriba únicamente las iniciales del nombre y los apellidos del participante

**CÓDIGO PARTICIPANTE \***

**Sexo \***

**Edad \***

**¿Tiene algún problema de audición? \***

- ☐ Si
- ☐ No

**En caso de tener algún problema de audición, por favor especifica cuál**

**¿Tiene algún problema de visión? \***

- ☐ Si
- ☐ No

**En caso de tener algún problema de visión, por favor especifica cuál**

**¿Tiene algún problema cardiovascular? \***

- ☐ Si
- ☐ No

**En caso de tener algún problema de cardiovascular, por favor especifica cuál**

**¿Tiene algún problema físico? \***

- ☐ Si
- ☐ No

**En caso de tener algún problema físico, por favor especifica cuál**

**¿Tiene algún problema psicológico? \***

- ☐ Si
- ☐ No

**En caso de tener algún problema psicológico, por favor especifica cuál**

**¿Está siguiendo algún tipo de tratamiento farmacológico? \***

- ☐ Si
- ☐ No

**En caso de estar siguiendo algún tipo de tratamiento farmacológico, por favor especifica cuál**

**Además de escalada deportiva, ¿practica algún otro deporte? \***

- ☐ Si
- ☐ No

**En caso de practicar algún otro deporte además de la escalada deportiva, por favor especifica cuál**

**¿Fuma? \***

- ☐ Si
- ☐ No

**En caso de que usted fume, ¿cuántos cigarrillos aproximadamente fuma al día?**

- ☐ menos de 3 cigarrillos
- ☐ entre 3 y 6 cigarrillos
- ☐ entre 6 y 10 cigarrillos
- ☐ entre 10 y 15 cigarrillos
- ☐ más de 15 cigarrillos

**¿Bebe alcohol? \***

- ☐ Si
- ☐ No

**En caso de que beba alcohol, ¿con qué frecuencia suele hacerlo?**

**¿Consume cualquier otro tipo de droga? \***

- ☐ Si
- ☐ No

**En caso de tomar otro tipo de drogas, ¿podría especificarnos qué tipo de droga consume y con qué frecuencia lo hace?**



**Máximo grado alcanzado a vista \***

☐

**Máximo grado alcanzado trabajado \***

☐

**¿Qué diámetro de cuerda es el que más le gusta usar? \***

- ☐ más de 10mm
- ☐ entre 9,7 y 9,8 mm
- ☐ entre 9,4 y 9,7 mm
- ☐ menos de 9,4 mm

**¿Qué dispositivo de seguridad le guste que use su asegurador mientras usted escala? (elija uno) \***

- ☐ Grigri 1
- ☐ Grigri 2
- ☐ Cinch
- ☐ cestas dinámicas o similares

**1. Indique de cuál de los siguientes factores (de los que le voy a decir) depende en mayor medida que usted realice una escalada, escalando de primero y a vista, en su máximo nivel alcanzado. \***

**2. Imagine la siguiente situación: usted está realizando una escalada a vista, y de primero, en su máximo nivel alcanzado. La vía tiene aproximadamente 30 metros de altura y ya ha escalado la mitad de la vía aproximadamente. Se encuentra realmente cansado. Aún así, tiene la sensación de que ya ha pasado el tramo más difícil de la vía (claro que esto es algo subjetivo porque recuerde que es un intento a vista y no tiene información de la vía). Acaba de chapar una cinta exprés y siente como los antebrazos están bastante hinchados. Por favor, indique cuál de las siguientes opciones que le voy a nombrar se corresponde en mayor medida con la actitud que suele adoptar o cree que adoptaría en situaciones similares. \***

3. En un día normal de escalada en una escuela nueva...

4. Ante la posibilidad de "volar" en una vía de escalada deportiva, indique cuál de las siguientes afirmaciones se corresponde en mayor medida con lo que suele experimentar. \*

5. En una jornada de escalada deportiva, indique con qué afirmación se identifica más su forma de escalar. \*

Criterio para asignar código al participante. (Preguntas de numeradas del 1 al 5)

Pregunta 1 → opción 7. Pregunta 2 → opción c. Pregunta 3 → opción a. Pregunta 4 → opción b. Pregunta 5 → opción a. Si el participante no elige al menos 4 de las 5 respuestas tal como se describen anteriormente se le asignará código "Grupo B" y formará parte del mismo, Grupo B.

## ANEXO C

Figuras detalladas de la 5 preguntas, con sus opciones de respuestas. La figura 5 muestra todas las respuestas marcadas acorde a los requisitos del investigador para que el escalador formara a ser miembro del Grupo A.

**1. Indique de cuál de los siguientes factores (de los que le voy a decir) depende en mayor medida que usted realice una escalada, escalando de primero y a vista, en su máximo nivel alcanzado. \***

✓

1. Distancia entre las chapas
2. Inclínación del muro de escalada
3. Tipo de roca
4. Tipo de seguros que tiene la vía
5. Quien sea mi asegurador/a en ese momento
6. Que estén las cintas puestas o no
7. Siempre escalo de primero, independientemente de los factores mencionados

ista, y de primero, en su  
ura y ya ha escalado la  
así, tiene la sensación de  
bjetivo porque recuerde  
par una cinta exprés y  
e cuál de las siguientes

Ilustración 1: Pregunta 1

**2. Imagine la siguiente situación: usted está realizando una escalada a vista, y de primero, en su máximo nivel alcanzado. La vía tiene aproximadamente 30 metros de altura y ya ha escalado la mitad de la vía aproximadamente. Se encuentra realmente cansado. Aún así, tiene la sensación de que ya ha pasado el tramo más difícil de la vía (claro que esto es algo subjetivo porque recuerde que es un intento a vista y no tiene información de la vía). Acaba de chapar una cinta exprés y siente como los antebrazos están bastante hinchados. Por favor, indique cuál de las siguientes opciones que le voy a nombrar se corresponde en mayor medida con la actitud que suele adoptar o cree que adoptaría en situaciones similares. \***

✓

- a) Le digo a mi compañero que "pille" y descanso, ya que acabo de chapar, me siento cansado, no quiero caer y estoy en lugar seguro.
- b) Intento continuar, aunque no arriesgo. Retrocedo si es necesario hasta la última cinta chapada en caso de percibir que puedo caer.
- c) Continuo escalando, pues mi intención es encadenar la vía, independientemente de si en mi decisión de continuar escalando caigo

Ilustración 2: Pregunta 2

**3. En un día normal de escalada en una escuela nueva...**

✓

- a) Intento escalar el mayor número de vías posibles, siempre escalando de primero, aunque yo tenga que ir colocando las cintas exprés
- b) Observo todas las vías y elijo escalar las que me parecen mas atractivas, aunque las tenga que escalar en top rope
- c) Escalo solo las vías que tengan las cintas exprés colocadas o las que un compañero realice previamente
- d) Me cuesta decidir si escalar de primero o no

Ilustración 3: Pregunta 3

**4. Ante la posibilidad de "volar" en una vía de escalada deportiva, indique cuál de las siguientes afirmaciones se corresponde en mayor medida con lo que suele experimentar. \***

✓

- a) Me pongo nervioso/a y suelo tener pensamientos irracionales y contradictorios sobre las consecuencias de una caída
- b) Actúo con tranquilidad pues pienso que la caída es parte de la escalada.
- c) Me bloqueo, dejo de escalar bien, me siento más torpe y, por lo general, suelo intentar evitar la caída.

Ilustración 4: Pregunta 4

**5. En una jornada de escalada deportiva, indique con qué afirmación se identifica más su forma de escalar. \***

✓

- a) Siempre escalo de primero
- b) Suelo tener pensamientos contradictorios acerca de si escalar una o algunas vías de primero o de segundo
- c) Algunos días siempre escalo en top rope
- d) Me gusta intentar todas las vías de primero, aunque anteriormente me gusta haber probado los pasos en top rope

Ilustración 5: Pregunta 5

**1. Indique de cuál de los siguientes factores (de los que le voy a decir) depende en mayor medida que usted realice una escalada, escalando de primero y a vista, en su máximo nivel alcanzado. \***

7. Siempre escalo de primero, independientemente de los factores mencionados

**2. Imagine la siguiente situación: usted está realizando una escalada a vista, y de primero, en su máximo nivel alcanzado. La vía tiene aproximadamente 30 metros de altura y ya ha escalado la mitad de la vía aproximadamente. Se encuentra realmente cansado. Aún así, tiene la sensación de que ya ha pasado el tramo más difícil de la vía (claro que esto es algo subjetivo porque recuerde que es un intento a vista y no tiene información de la vía). Acaba de chapar una cinta exprés y siente como los antebrazos están bastante hinchados. Por favor, indique cuál de las siguientes opciones que le voy a nombrar se corresponde en mayor medida con la actitud que suele adoptar o cree que adoptaría en situaciones similares. \***

c) Continuo escalando, pues mi intención es encadenar la vía, independientemente de si en mi decisión de continu

**3. En un día normal de escalada en una escuela nueva...**

a) Intento escalar el mayor número de vías posibles, siempre escalando de primero, aunque yo tenga que ir colo

**4. Ante la posibilidad de "volar" en una vía de escalada deportiva, indique cuál de las siguientes afirmaciones se corresponde en mayor medida con lo que suele experimentar. \***

b) Actúo con tranquilidad pues pienso que la caída es parte de la escalada.

**5. En una jornada de escalada deportiva, indique con qué afirmación se identifica más su forma de escalar. \***

a) Siempre escalo de primero

**Criterio para asignar código al participante. (Preguntas de numeradas del 1 al 5)**

Pregunta 1 → opción 7  
Pregunta 2 → opción c  
Pregunta 3 → opción a  
Pregunta 4 → opción b  
Pregunta 5 → opción a

Si el participante no elige al menos 4 de las 5 respuestas tal como se describen anteriormente se le asignará código "grupo B"

Ilustración 6: Todas las preguntas junto a las respuestas necesarias para formar parte del Grupo A ("escalada de primero").



## APLICACIÓN DE LA CARDIOGRAFÍA DE IMPEDANCIA EN EL ESTUDIO DE LA RESPUESTA CARDÍACA DE DEFENSA

Alba Garrido<sup>1</sup>, Javier Rodríguez Árbol<sup>1</sup>, José Luis Mata<sup>1</sup>, Reinaldo Simões<sup>2</sup>,  
Eliane Volchan<sup>3</sup> y Jaime Vila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC).  
Universidad de Granada (España)

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (Brasil)

<sup>3</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (Brasil)

Contacto: gmalba@correo.ugr.es

**Resumen:** La respuesta cardíaca de defensa es una reacción defensiva del corazón ante situaciones de peligro o amenaza que ha tenido una larga tradición en la investigación psicofisiológica. Los planteamientos actuales sobre la defensa cardíaca constituyen el modelo atencional-motivacional que propone que la respuesta incluye componentes atencionales dirigidos a detectar y analizar la posible amenaza y componentes motivacionales dirigidos a preparar las acciones defensivas. Además, se ha encontrado que la respuesta presenta una rápida habituación, aunque ésta puede retrasarse o deshabituarse mediante el incremento del intervalo temporal entre las repeticiones del estímulo, así como modificando la cualidad sensorial y el significado del estímulo. Los mecanismos fisiológicos subyacentes a la respuesta cardíaca de defensa se han estudiado utilizando medidas indirectas del sistema nervioso simpático y parasimpático, o medidas invasivas mediante bloqueo farmacológico. Sin embargo, aún no se ha utilizado el período de pre-eyección, obtenido a través de la cardiografía de impedancia, que es una de las medidas más aceptadas de la actividad simpática, directa y no invasiva. El presente capítulo describe esta técnica y propone su aplicación al estudio de los mecanismos simpáticos subyacentes a la evocación, habituación y deshabituación de la respuesta cardíaca de defensa.

**Palabras clave:** Respuesta cardíaca de defensa, Sistema nervioso simpático, Cardiografía de impedancia, Período de pre-eyección

**Resumo:** A resposta cardíaca de defesa é uma reação defensiva do coração frente a situações de perigo ou ameaça, que tem grande tradição na pesquisa psicofisiológica. As atuais abordagens sobre a defesa cardíaca consistem no modelo atencional-motivacional, que propõe que a resposta inclua componentes atencionais direcionados a detectar e analisar a possível ameaça e componentes motivacionais direcionados a preparar as ações defensivas. Além disso, constatou-se que a resposta apresenta uma habituação rápida, mesmo que esta possa se atrasar ou desabituar mediante o aumento do intervalo temporal entre as repetições do estímulo, assim como modificando-se a qualidade sensorial e o significado do estímulo. Os mecanismos fisiológicos subjacentes à resposta

cardíaca de defesa foram estudados utilizando-se medidas indiretas do sistema nervoso simpático e parassimpático, ou medidas invasivas, mediante bloqueio farmacológico. Entretanto, ainda não tinha sido utilizado o período de pré-ejeção, obtido através da cardiografia de impedância, que é uma das medidas mais aceitas da atividade simpática, direta e não-invasiva. O presente capítulo descreve esta técnica e propõe sua aplicação no estudo dos mecanismos simpáticos subjacentes à evocação, habituação e desabituação da resposta cardíaca de defesa.

**Palavras-chave:** Resposta cardíaca de defesa, Sistema nervoso simpático, Cardiografia de impedância, Período de pré-ejeção.

### **Introducción al concepto de defensa cardíaca y estado de la investigación actual**

El objetivo de este capítulo consiste en mostrar la utilidad de la aplicación de la técnica de cardiografía de impedancia para el avance en el estudio de la respuesta cardíaca de defensa (RCD) en humanos y, más concretamente, en el estudio de su habituación y deshabituación. Para ello, se hará una introducción al concepto de RCD y se presentará la investigación que se ha llevado a cabo hasta la actualidad en torno a esta respuesta. Posteriormente, el capítulo se centrará en la cardiografía de impedancia y en uno de sus índices, el período de pre-eyección (PEP), debido a la importancia que presenta para la investigación psicofisiológica.

El concepto de defensa hace referencia al conjunto de reacciones comportamentales, fisiológicas y cognitivas de los organismos ante la presencia de un peligro o amenaza (Keil et al., 2010; Vila et al., 2009). Las respuestas defensivas típicamente referidas en la literatura experimental y clínica incluyen la inmovilidad, el sobresalto, el desmayo y la respuesta de lucha/huida. Éstas, a su vez, pueden ser categorizadas dentro de dos formas generales de defensa: defensa pasiva y defensa activa (Lang, Davis, & Öhman, 2000; Vila et al., 2007). La función protectora de ambos tipos de reacciones resulta evidente. Sin embargo, si son demasiado intensas o prolongadas en el tiempo pueden convertirse en un serio riesgo para la salud tanto física como psicológica (Dienstbier, 1989; Lovallo & Gering, 2003; Turner, 1994).

La evidencia más clara del papel de las reacciones defensivas en el desarrollo del miedo y la ansiedad patológica procede de estudios clínicos sobre el trastorno de estrés post-traumático como consecuencia de eventos externos (Schauer, Neuner, & Elbert, 2005). En estos casos, así como en cualquier entorno natural donde un peligro real emerge, es difícil hablar de la reacción defensiva como entidad única. Más bien, se trata de una secuencia dinámica o cascada de reacciones defensivas, como sugiere el modelo de cascada

defensiva de Lang, Bradley y Cuthbert (1997). Este modelo entiende que las reacciones defensivas siguen un proceso secuencial con fases iniciales en las que predominan los factores atencionales dirigidos a la detección y análisis de la posible amenaza y fases posteriores en las que predominan los factores motivacionales dirigidos a facilitar las acciones defensivas de lucha o huida (Blanchard & Blanchard, 1989; Fanselow, 1994; Lang et al., 2000).

La RCD es una reacción defensiva específica que ha tenido una larga tradición dentro de la investigación psicofisiológica. Tradicionalmente, las aproximaciones psicofisiológicas más relevantes en el campo de la defensa son: la cognitiva y la motivacional, ambas enfatizando la importancia de los componentes cardiovasculares (Vila et al., 2007; Vila et al., 2009). La *aproximación cognitiva*, construida sobre la distinción que estableció Pavlov (1927) entre los reflejos de orientación y defensa, asume que los cambios cardíacos en respuesta a estímulos ambientales reflejan mecanismos atencionales y perceptuales que tienen el objetivo de facilitar o de inhibir el procesamiento estímular (Graham, 1992; Lacey & Lacey, 1974; Sokolov, 1963). Por su parte, la *aproximación motivacional*, construida sobre las ideas de Cannon y Selye sobre las respuestas de lucha/huida y estrés, asume que los cambios cardíacos en respuesta a las demandas ambientales reflejan mecanismos metabólicos dirigidos a proporcionar al cuerpo la energía necesaria para producir ajustes comportamentales (Obrist, 1981; Selye, 1956; Steptoe & Vögele, 1991).

En general, los modelos tradicionales sobre la RCD asumen que (a) el patrón de la RCD es unidireccional y acelerativo, (b) no habitúa o lo hace lentamente, (c) está mediado por mecanismos exclusivamente simpáticos y (d) su significación psicológica es atencional o emocional. Sin embargo, planteamientos más recientes han demostrado que (a) se trata de un patrón complejo con dos componentes acelerativos y dos componentes desacelerativos en orden secuencial alterno, (b) habitúa con facilidad, (c) está mediado tanto por mecanismos simpáticos como parasimpáticos, y (d) su significación es tanto atencional como emocional (Mata, Rodríguez-Ruiz, Ruiz-Padial, Turpin, & Vila, 2009; Vila et al., 2003; Vila et al., 2007).

Estos planteamientos actuales constituyen el modelo atencional-motivacional de la defensa cardíaca, un modelo que permite integrar las dos aproximaciones tradicionales -la cognitiva y la motivacional- y que es congruente con el modelo de la cascada defensiva de Lang y colaboradores (1997). Además, permite clarificar las descripciones contradictorias respecto al patrón de defensa cardíaca que se han encontrado en la literatura (Vila et al., 2009).

Vila y colaboradores (2007), en su artículo de revisión *Cardiac defense: From attention to action*, resumen un conjunto de estudios realizados sobre el componente de la tasa cardíaca de la respuesta defensiva en humanos, utilizando como paradigma básico de investigación la presentación de un ruido intenso e inesperado en diferentes momentos y durante la realización de

diversas tareas. Dichos estudios mostraron que la RCD presenta una rápida habituación ante estimulación repetida y que la segunda aceleración/desaceleración es la que presenta mayor habituación. Sin embargo, esta habituación puede reducirse mediante el incremento del intervalo de tiempo entre las repeticiones de presentación del estímulo, tanto dentro de una misma sesión experimental como entre sesiones. Además, la deshabituación o recuperación puede verse facilitada cambiando tanto la cualidad sensorial como el significado del estímulo (Vila et al., 2007). En un estudio posterior, (Mata et al., 2009), se encontró que la fuerte tendencia a la habituación del segundo componente acelerativo/desacelerativo se producía cuando los estímulos auditivos se repiten después de un intervalo temporal inter-estímulos (ITI) corto (2,5 minutos), mientras que con un ITI largo (27,5 minutos) la habituación se retrasaba. Por su parte, la deshabituación presentaba un patrón inverso, menor deshabituación con ITIs cortos y mayor deshabituación con ITIs largos.

En cuanto a los mecanismos fisiológicos subyacentes a la defensa cardíaca, éstos se han estudiado hasta el momento utilizando medidas indirectas de la mediación simpática y parasimpática (arritmia sinusal respiratoria y reflejo barorreceptor) o medidas invasivas mediante el uso de bloqueo farmacológico (Fernández & Vila, 1989; Reyes del Paso, Godoy, & Vila, 1993; Reyes del Paso, Vila & García, 1994). Sin embargo, hasta la fecha no se ha utilizado una de las medidas más aceptadas de la mediación simpática directa y no invasiva: el período de pre-eyección (PEP), que se obtiene a través de la técnica de la cardiografía de impedancia. Tampoco se han examinado hasta la fecha los mecanismos simpáticos que se encuentran implicados en la habituación y deshabituación de la defensa cardíaca.

### **Medición de la función cardíaca mediante cardiografía de impedancia**

La Guía Metodológica para la Cardiografía de Impedancia presentada por Sherwood et al. (1990) define la cardiografía de impedancia como una técnica no invasiva que es utilizada para la monitorización de las funciones mecánicas del corazón.

La cardiografía de impedancia se basa en la ley de Ohm,  $V = I * R$ , donde V es el voltaje, I es la intensidad de corriente y R es la resistencia. En un circuito en el que la intensidad de corriente (I) se mantiene constante, el voltaje (V) varía en función de la resistencia (R). La sangre es un buen conductor de la electricidad y los cambios en el volumen de sangre dependen de la fuerza de contracción del ventrículo izquierdo (inervado por el sistema nervioso simpático), por lo tanto, los cambios en voltaje provocados por la mayor o menor presencia de sangre torácica reflejan los cambios en la fuerza de contracción del ventrículo (Sherwood et al., 1990).

Los sistemas de cardiografía de impedancia introducen un campo de corriente alterna constante a lo largo del tórax, miden los cambios en la impedancia ( $Z$ ) que se producen con cada latido del corazón ( $\Delta Z$ ) y proporcionan un voltaje de salida que puede ser interpretado como reflejo del volumen sistólico. Esta medida psicofisiológica permite, además, obtener otros índices de la función cardíaca, incluyendo los intervalos de tiempo sistólicos, como el período de pre-eyección y el tiempo de eyección del ventrículo izquierdo. Además, proporciona un índice de contractilidad miocárdica, *Heather Index* (Sherwood et al., 1990).

Para la obtención de la cardiografía de impedancia se utilizan cuatro electrodos, dos electrodos para introducir una corriente alterna de alta frecuencia, y dos electrodos para medir los cambios en voltaje que son proporcionales a los cambios en la impedancia torácica. Los dos pares de electrodos se colocan entre el cuello (electrodo superior) y la parte inferior del tórax (electrodo inferior). El sistema de colocación más utilizado es el propuesto por Kubicek, Karnegis, Patterson, Witsoe y Mattson (1966) mediante electrodos de banda tal como se describe en la Figura 1: el electrodo de voltaje superior se sitúa alrededor de la base del cuello y el electrodo de voltaje inferior en el tórax al nivel de la apófisis xifoides (apéndice del extremo inferior del esternón); el electrodo de corriente superior se coloca alrededor de la parte superior del cuello y, por último, el electrodo de corriente inferior se sitúa alrededor de la región inferior de la caja torácica (Sherwood et al. (1990).

(Inserción Figura1.jpg)

**Figura 1.** Localización de electrodos de banda descrita más frecuentemente en la literatura.

### **Medición de las influencias simpáticas sobre el corazón: el período de pre-eyección**

Entre los índices que proporciona la cardiografía de impedancia, merece especial atención el PEP. Es una medida particularmente importante en investigación psicofisiológica, ya que se encuentra inversamente relacionada con la contractilidad miocárdica (Newlin & Levenson, 1979; Sherwood et al., 1990), siendo un índice válido y fiable de la actividad del sistema nervioso simpático sobre el corazón (Berntson, Quigley, & Lozano, 2007). Cuanto menor es el PEP, mayor activación simpática y viceversa. Se trata de una medida que puede obtenerse a través del registro simultáneo de la electrocardiografía (*ElectroCardioGraphy*, ECG) y la cardiografía de impedancia (*Impedance CardioGraphy*, ICG) (Sherwood et al., 1990).

El PEP se define como el intervalo de tiempo sistólico que se establece desde el comienzo de la despolarización del ventrículo izquierdo del corazón -comienzo de la sístole electromecánica-, y reflejada por el comienzo de la onda Q del ECG, hasta la apertura de la válvula aórtica -comienzo de la eyección del ventrículo izquierdo-, reflejada por el punto B de la primera derivada ( $dZ/dt$ ) de la onda de voltaje obtenida a partir de la cardiografía de impedancia (Sherwood et al., 1990). El PEP representa la duración total de los eventos eléctricos y mecánicos previos a la eyección (Newlin & Levenson, 1979). Permite estimar las influencias simpáticas sobre el corazón a través de la contractilidad miocárdica y, por tanto, mayor activación simpática.

Para la obtención del PEP, es necesaria la detección precisa de los puntos relevantes en el electrocardiograma (onda Q) y en la cardiografía de impedancia (punto B). Sin embargo, la identificación visual del punto B en la onda  $dZ/dt$  puede presentar dificultad en algunos casos. A pesar de que puede ser fácilmente reconocido como la incisura en la base ascendente hacia el punto  $dZ/dt_{(max)}$  (pico de máxima amplitud en  $dZ/dt$ ), no siempre se encuentra bien definido. La ambigüedad en su localización constituye el problema más frecuente a la hora de analizar los datos obtenidos a partir de la cardiografía de impedancia (Sherwood et al., 1990).

En un intento por solucionar la problemática existente respecto a la detección visual del punto B, se han desarrollado varios algoritmos para su detección automática. Árbol et al. (2017) han analizado recientemente la precisión de estos algoritmos comparándola con la detección visual del punto B realizada por dos evaluadores independientes. La conclusión de este estudio es que la precisión de estos algoritmos dista mucho de ser perfecta (la tasa de precisión varía entre el 78,77% y el 13,82%), siendo todavía imprescindible la inspección visual de la señal. El artículo, además, proporciona una guía novedosa para la detección manual del punto B (Figura 2) que, junto con el algoritmo de mayor precisión (la tercera derivada de la cardiografía de impedancia), facilita la medición con un alto grado de precisión del período de pre-eyección.

(Inserción Figura2.jpg)

**Figura 2.** Guía para la detección visual del punto B propuesta por Árbol et al. (2016).

### **Aplicabilidad a la defensa cardíaca**

La RCD es una reacción defensiva específica que ha sido muy estudiada desde el ámbito de la psicofisiología. El modelo atencional-motivacional

propuesto actualmente para la RCD propone que dicha respuesta presenta una rápida habituación ante estimulación repetida. No obstante, diversos estudios han encontrado que la habituación puede reducirse incrementando el intervalo de tiempo que se produce entre las repeticiones del estímulo evocador de la RCD, así como que su deshabituación o recuperación puede conseguirse a través de la modificación de la cualidad sensorial o del significado del estímulo evocador. Sin embargo, se desconocen los mecanismos fisiológicos que median dicha habituación y deshabituación.

Hasta la fecha, el estudio de los mecanismos simpáticos que se encuentran a la base de la RCD se han estudiado mediante la utilización de medidas indirectas o invasivas de la actividad de esta rama del sistema nervioso autónomo. La cardiografía de impedancia y, en particular, el período de pre-eyección nunca se han aplicado al estudio de la RCD. Los conocimientos actuales sobre la medición precisa del período de pre-eyección, a través de la tercera derivada de la cardiografía de impedancia, junto con la inspección visual, suponen un avance metodológico importante que facilita su aplicación al estudio de la RCD. Además, esta técnica psicofisiológica, al tratarse de una medida directa, fiable y no invasiva, presenta ventajas frente a otros métodos que han sido utilizados para la determinación de las influencias simpáticas sobre el corazón, como el tiempo de tránsito del pulso o el volumen sistólico.

Como indican Vila y colaboradores (2009), el estudio de las reacciones defensivas constituye una de las principales vías para el avance del conocimiento sobre los mecanismos del miedo y la ansiedad. Dichas reacciones se encuentran moduladas por mecanismos autonómicos, por lo tanto, sería interesante continuar estudiando la implicación que el sistema nervioso tiene en el funcionamiento del corazón y el papel que representa en la aparición y desarrollo de reacciones emocionales patológicas. Para esto, resultaría de gran utilidad la implementación de la cardiografía de impedancia en el estudio de los mecanismos fisiológicos que subyacen a la evocación, habituación y deshabituación de la respuesta cardíaca de defensa.

## Referencias

- Árbol, J.R., Perakakis, P., Garrido, A., Mata, J.L., Fernández-Santaella, M.C., & Vila, J. (2017). Mathematical detection of aortic valve opening (B point) in impedance cardiography: A comparison of three popular algorithms. *Psychophysiology*, 54, 350-357.
- Berntson, G.G., Quigley, K.S., & Lozano, D. (2007). Cardiovascular Psychophysiology. En J.T. Cacioppo, L.G. Tassinary, & G.G. Berntson (Eds.), *The Handbook of Psychophysiology* (pp. 182-210). New York, NY: Cambridge University Press.
- Blanchard, R.J., & Blanchard, D.C. (1989). Attack and defense in rodents as

- ethoexperimental models for the study of emotion. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13, 3-14.
- Dienstbier, R.A. (1989). Arousal and physiological toughness: Implications for mental and physical health. *Psychological Review*, 96, 84-100.
- Fanselow, M.S. (1994). Neural organization of the defense behavior system responsible for fear. *Psychonomic Bulletin and Review*, 1, 429-438.
- Fernández, M.C., & Vila, J. (1989). Sympathetic-parasympathetic mediation of the cardiac defense response in humans. *Biological Psychology*, 28(2), 123-133.
- Graham, F.K. (1992). Attention: The heart beat, the blink, and the brain. En B.A. Campbell, H. Hayne, & R. Richardson (Eds.), *Attention and Information Processing in Infants and Adults: Perspectives from Human and Animal Research* (pp. 3-29). New York, NY: Psychology Press.
- Keil, A., Bradley, M.M., Ihssen, N., Heim, S., Vila, J., Guerra, P., & Lang, P.J. (2010). Defensive engagement and perceptual enhancement. *Neuropsychologia*, 48, 3580-3584.
- Kubicek, W.G., Karnegis, J.N., Patterson, R.P., Witsoe, D.A., & Mattson, R.H. (1966). Development and evaluation of an impedance cardiograph system. *Aerospace Medicine*, 37, 1208-1212.
- Lacey, J.I., & Lacey, B.C. (1974). Studies on heart rate and other bodily processes in sensorimotor behavior. En P.A. Obrist, A.H., Black, J., Brener, & L.V. Dicara (Eds.), *Cardiovascular Psychophysiology: Current Issues in Response Mechanisms, Biofeedback and Methodology*. Chigago: Aldine-Atherton.
- Lang, P.J., Bradley, M.M., & Cuthbert, B.N. (1997). Motivated attention: Affect, activation and action. En P.J. Lang, R.F. Simons, & M. Balaban (Eds.), *Attention and Orienting: Sensory and Motivational Processes* (pp. 119-137). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Lang, P.J., Davis, M., & Öhman, A. (2000). Fear and anxiety: Animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders*, 61, 137-159.
- Lovallo, W.R., & Gerin, W. (2003). Psychophysiological reactivity: mechanisms and pathways to cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine*, 65, 36-45.
- Mata, J.L., Rodríguez-Ruiz, S., Ruiz-Padial, E. Turpin, G., & Vila, J. (2009). Habituation and sensitization of protective reflexes: Dissociation between cardiac defense and eye-blink startle. *Biological Psychology*, 81(3), 192-199.
- Newlin, D.B., & Levenson, R.W. (1979). Pre-ejection period: Measuring beta-adrenergic influences upon the heart. *Psychophysiology*, 16(6), 546-553.

- Obrist, P.A. (1981). *Cardiovascular Psychophysiology: A perspective*. New York, NY: Plenum Press.
- Pavlov, I. (1927). *Conditioned Reflexes*. Oxford: Oxford University Press.
- Reyes del Paso, G.A., Godoy, J., & Vila, J. (1993). Respiratory sinus arrhythmia as an index of parasympathetic cardiac control during the cardiac defense response. *Biological Psychology*, 35(1), 17-35.
- Reyes del Paso, G.A., Vila, J., & García, A. (1994). Psychological significance of the defense response to intense auditory stimulation: a pharmacological blockade study. *International Journal of Psychophysiology*, 17(2), 181-187.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2005). *Narrative Exposure Therapy. A short-term intervention for traumatic stress disorder after war, terror or torture*. Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Sherwood, A., Allen, M.T., Fahrenberg, J., Kelsey, R.M., Lovallo, W.R., & van Doornen, L.J. (1990). Methodological guidelines for impedance cardiography. *Psychophysiology*, 27(1), 181-187.
- Sokolov, E.N. (1963). *Perception and the conditioned reflex*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Steptoe, A., & Vögele, C. (1991). Methodology of mental stress testing in cardiovascular research. *Circulation*, 83, 14-24.
- Turner, J.R. (1994). *Cardiovascular reactivity and stress: Patterns of physiological response*. New York: Plenum Press.
- Vila, J., Fernández, M.C., Pegalajar, J., Vera, M.N., Robles, H., Pérez, N., Sánchez, M.B., Ramírez, I., & Ruiz-Padial, E. (2003). A new look at cardiac defense: Attention or emotion? *The Spanish Journal of Psychology*, 6(1), 60-78.
- Vila, J., Guerra, P., Muñoz, M.A., Perakakis, P., Delgado, L.C., Figueroa, M., & Mohamed, S. (2009). La dinámica del miedo: la cascada defensiva. *Escritos de Psicología*, 3(1), 37- 42.
- Vila, J., Guerra, P., Muñoz, M.A., Vico, C., Viedma-del Jesús, M.I., Delgado, L.C., Perakakis, P., Kley, E., Mata, J.L., & Rodríguez, S. (2007). Cardiac defense: From attention to action. *International Journal of Psychophysiology*, 66(3), 169-182.

## **PROCESAMIENTO DE LA IDENTIDAD A TRAVÉS DE CARAS Y NOMBRES DE PERSONAS QUERIDAS:**

un estudio de resonancia magnética y medidas periféricas.

Cristina Morato<sup>1</sup>, Ignacio Lucas<sup>1</sup>, Reinaldo Simoes<sup>2</sup>, Pedro Guerra<sup>1</sup>, M. Antonieta Bobes<sup>3</sup> y Jaime Vila<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Investigación Mente Cerebro y Comportamiento. Universidad de Granada. Granada (España)

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (Brasil)

<sup>3</sup> Centro de Neurociencias de Cuba. La Habana (Cuba)

Correo electrónico del 1º autor: cmorato@ugr.es

Correo electrónico del 2º autor: ignacio.lucas.adell@gmail.com

Correo electrónico del 3º autor: reinaldoags@gmail.com

Correo electrónico del 4º autor: pguerra@ugr.es

Correo electrónico del 5º autor: antonieta@cneuro.edu.cu

Correo electrónico del 6º autor: jvila@ugr.es

Investigaciones previas sobre procesamiento emocional de la identidad han utilizado la presentación pasiva de rostros con registros de medidas centrales y periféricas para estudiar los procesos neurofisiológicos subyacentes al reconocimiento de personas. No obstante, existen otras vías por las que se puede producir tal reconocimiento, como los nombres. El objetivo era investigar las posibles redes neurales comunes para ambos tipos de estímulos, así como las respuestas fisiológicas corporales asociadas. Participaron 29 personas (20 mujeres). El experimento consistía en la presentación de caras y nombres de personas queridas y desconocidas durante la resonancia magnética funcional, simultaneando el registro de medidas periféricas (conductancia eléctrica de la piel y pulso). Se presentaron un total de 160 ensayos de personas queridas frente a desconocidas. Los resultados mostraron diferencias en áreas asociadas al procesamiento del estímulo, pero confluencia en sistemas de recompensa y zonas límbicas (Ínsula y Corteza Orbitofrontal Medial), así como en áreas relacionadas con el reconocimiento social (Precúneo y Cingulado Posterior) ante estímulos de personas queridas. Las medidas periféricas van en línea de los resultados encontrados en la resonancia magnética funcional. Los datos apuntan a una activación similar de sistemas asociados a la identidad de personas queridas independientemente a la modalidad del estímulo aunque con una mayor activación ante rostros que ante nombres.

Palabras clave: Resonancia Magnética Funcional, Procesamiento De La Identidad, Pulso, Conductancia Eléctrica De La Piel.

Palavras-chave: Ressonância Magnética Funcional, Processamento Da Identidade, Pulso, Condutância Elétrica Da Pele.

Investigación financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno Español (Ref. PSI2011-28530)

## **EFFECTOS DEL PROCESO DE DESAHUCIO EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL.**

Humbelina Robles-Ortega<sup>1</sup>, José Luis Mata-Martín<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Fernández-Santaella<sup>1</sup>, Jaime Vila Castellar<sup>1</sup>, Mariola Bernal Solano<sup>2</sup>, Julia Bolívar Muñoz<sup>2</sup>, Inmaculada Mateo Rodríguez<sup>2</sup> y Antonio Daponte Codina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.  
Universidad de Granada (España)

<sup>2</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada, España)

### **Resumen**

*Introducción:* En España, una de las graves consecuencias de la actual crisis económica son los desahucios. Los escasos estudios realizados indican un efecto negativo sobre la salud de los adultos afectados.

*Objetivo:* Conocer los efectos del proceso de desahucio en la salud de la población infanto-juvenil.

*Método:* Se entrevistó a los padres, en proceso de desahucio, de 41 niños y 41 niñas (edad: 1-16 años). Instrumentos utilizados en formato entrevista: Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ) y Perfil de Salud Infantil y de Adolescentes (CHIP-CE/PRF). En ambos casos, se utilizó la versión para padres.

*Resultados:* Encontramos diferencias en función de la edad y el sexo: En comparación con los niños pequeños, los mayores presentan menor autoestima, menor implicación de los padres y problemas con sus compañeros. En comparación con las niñas, los niños presentan mayor hiperactividad, y peor resolución de problemas. Comparada con muestras normalizadas, nuestra muestra presenta síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con sus compañeros y menor actividad física y resiliencia.

*Conclusiones:* La terrible experiencia de los desahucios puede tener efectos sobre la salud psicológica de los menores. Es necesario tomar medidas para que los niños y adolescentes no sean las víctimas sin voz de la actual crisis económica.

**Palabras clave:** Desahucios; Infancia; Adolescencia; Salud Mental.

**Palavras chave:** Despejos; Crianças; Adolescência; Saúde Mental.

## ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA DOS IRMÃOS DE CRIANÇAS COM CANCRO

Catarina Rocha<sup>1</sup> & Sofía López Roig<sup>2</sup>

<sup>1</sup> catarina\_rocha@portugalmail.pt

<sup>2</sup> slroig@umh.es

*Universidad Miguel Hernández de Elche*

São ainda poucos os estudos de cancro pediátrico que focalizam a sua atenção nas necessidades psicossociais dos irmãos, bem como no seu processo de adaptação psicológica à doença. Os principais resultados demonstram que quando uma criança tem cancro toda a família é afetada. Produzem-se reajustes nas relações familiares, na organização de papéis, mas também surgem medos e emoções que influenciam o funcionamento familiar bem como os membros da família individualmente.

O processo de adaptação dos irmãos caracteriza-se pela preocupação, compaixão e empatia com a criança doente. A experiência da doença do irmão doente traz-lhes maior autonomia e maturidade. No entanto, tornam-se também evidentes as suas necessidades de atenção e o apoio imprescindível para que estas sejam atendidas. Tal como os pais, os irmãos também sentem necessidades de informação sobre a doença e o estado de saúde e tratamentos da criança doente. Precisam também de apoio para manterem as atividades de ócio e diversão, permitindo-lhes deste modo o contacto com os pares. Como tal, a família, a sua relação, o seu funcionamento e a sua comunicação, são primordiais para a adaptação dos irmãos. Percebemos com tudo isto que, os irmãos de crianças com cancro apresentam um leque de dificuldades e necessidades de adaptação ao confrontarem-se com o sofrimento do seu irmão doente.

Considerando os resultados de estudos realizados em outros países relativamente ao cancro pediátrico e o seu impacto nos irmãos, pensamos que é fundamental realizar uma investigação no nosso contexto: por um lado, contribuindo para a atualização de trabalhos nesta área de investigação e por outro, porque são escassos os trabalhos no nosso contexto sociocultural. Como tal, o foco deste trabalho é conhecer as principais dificuldades no ajustamento psicológico dos irmãos de crianças com cancro. Mas também, partindo de uma perspetiva “mais positiva”, é possível que esta experiência possibilite às famílias, consequências como o crescimento pessoal e outros aspetos menos negativos. Assim, num sentido mais amplo, o **objetivo** geral a que nos propoemos foi conhecer a experiência de adaptação dos irmãos de crianças com cancro. Como tal, para percebermos este processo da adaptação psicológica, o nosso estudo tem uma série de **objetivos específicos**: 1) descrever as dificuldades na adaptação dos irmãos através da perspetiva dos pais; 2) conhecer as áreas mais afetadas na vida quotidiana dos irmãos após o diagnóstico; 3) estabelecer as necessidades de apoio social dos irmãos durante o processo da doença; 4) salientar as dúvidas e os conhecimentos dos irmãos sobre o diagnóstico e tratamento de cancro; 5) determinar o nível de ajuste mental dos irmãos ao cancro; e 6) extrair os temas

mais relevantes para os pais e irmãos de crianças com cancro, que emergem como “variáveis” significativas da sua “história de vida” relativa a esta experiência.

Relativamente ao **método**, utilizamos uma abordagem metodológica mista, através da aplicação de técnicas complementares quantitativas e qualitativas. Realizamos um estudo transversal (objetivos 1 a 5); e uma análise qualitativa (para completarmos os objetivos de 1 a 4 e respondermos ao objetivo 6).

A amostra do nosso estudo baseou-se em 20 famílias (mãe e/ou pai e irmãos) de 20 crianças com diagnóstico de cancro, com o mínimo 3 meses, prévios ao estudo, acompanhados no Serviço de Pediatria – Unidade Hemato-Oncologia do Hospital de S. João, Entidades Públicas Empresariais (Portugal). Obtivemos um relatório favorável da Comissão de Ética do Hospital e o consentimento informado dos participantes. Realizamos entrevistas semiestruturadas a vinte e cinco irmãos com idades compreendidas entre os 10 e 20 anos, e a vinte mães e / ou pais. Foram recolhidos dados sóciodemográficos e clínicos. Aplicamos a Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar (Santos, Ribeiro y Lopes, 2005). Realizamos uma análise descritiva e correlacional utilizando o programa SPSS v.20.

O método qualitativo foi abordado a partir da perspectiva de análise historiográfica, considerando o conteúdo das entrevistas com as famílias das crianças com cancro como fontes orais, para realizar uma análise narrativa que nos permitiria construir a realidade presente como uma continuação da experiência passada (Rodríguez Jiménez y Rubio, 2008). Para respondermos à questão da investigação “*como é a experiência de adaptação dos irmãos de crianças com cancro?*”, configuramos uma série de questões abertas baseadas no modelo de Lazarus y Folkman (1984), como grandes temas latentes para aplicar a metodologia de análise temática. Para o tratamento de textos utilizamos o programa NVivo.

Os principais **resultados** mostram que mães e pais percebem claramente que os seus filhos saudáveis têm menos atenção da sua parte; reações emocionais de rebeldia, tristeza, medo, entre outras; aumento das necessidades de atenção e afeto; assim como necessidades de informação sobre a doença do seu irmão doente, que muitas vezes eles mesmos evitam satisfazer. Verificam como os seus filhos saudáveis são afetados ao nível desempenho escolar e atividades extracurriculares e percebem a grande preocupação e ansiedade experimentada por eles, sendo os períodos de hospitalização da criança com cancro, o mais difícil de gerir, tanto pela ausência do pai ou da mãe e do irmão ou irmã doente, como pelas mudanças nas rotinas diárias.

Por outro lado, os irmãos de crianças com cancro, vêem serem afetadas diferentes áreas da sua vida diária: relações familiares e com amigos, mudanças de responsabilidades, pelo aumento de tarefas domésticas e maior autonomia no cuidado pessoal e da casa. Expressam necessidades de apoio emocional (atenção, afeto, poder “desabafar”), de informação (temas relacionados com a doença), e instrumental (possibilidade de manter hábitos; passatempos...). Os conhecimentos que possuem sobre o diagnóstico, consequências e tratamento do cancro são bastante vagos. A informação que têm é aquela que os pais lhes transmitem, muitas vezes limitada ao senso comum e apenas sobre aspetos básicos da doença. As suas principais

dúvidas referem-se à compreensão das causas e da evolução da doença. Colocam questões específicas sobre o cancro, como as consequências dos tratamentos e dúvidas relacionadas com o seu futuro e o da sua família. O espírito de luta e a preocupação ansiosa são as principais respostas de ajuste mental.

As consequências emocionais mais características nos irmãos são: os medos (morte, recaída, mudanças no irmão doente, pesadelos, incerteza), os estados depressivos (tristeza, apatia, desilusão), a rebeldia, indignação e raiva, mas também a esperança.

Encontramos uma experiência de mudanças negativas no funcionamento familiar, como a vivência de perda da família, menos convivência entre pais e filhos, menos atenção aos irmãos saudáveis, regras alteradas e mudanças nos horários de refeições e com pessoas diferentes. Mas também mudanças positivas, como maior proximidade com o irmão doente, com os pais, avós e outros membros da família nuclear.

As relações sociais também passam por mudanças, havendo menos contato com amigos e afastamento ou isolamento das pessoas em geral. Porém, também aqui surgem mudanças positivas, como a aproximação de outros amigos e outras pessoas, como os vizinhos.

A adaptação à doença também implica consequências económicas. Os pais salientam que esta doença e todo o processo inerente à mesma, traz inúmeros problemas financeiros, pelos requisitos específicos da doença (medicamentos, matérias-primas, objetos...) e também as repercussões no trabalho, quando eles passam a ser os principais cuidadores da criança doente.

Finalmente, o sistema de crenças e valores, é outra das áreas que também é alterada de diferentes formas. Por um lado, podemos concluir que existe, em muitos casos, uma experiência de crescimento pessoal. Neste sentido, os irmãos revelam uma maior autonomia, sensibilidade e maturidade. Por outro lado, também surgem mudanças nas crenças religiosas. Neste caso, encontramos desde o fortalecimento da crença em Deus, até à incredulidade e o abandono desta crença.

Este estudo permitiu-nos a compreender melhor a experiência de adaptação dos irmãos de crianças com cancro. Os resultados reforçam a importância do desenho de um Programa de Intervenção Psicoeducacional, no qual poderemos responder a algumas das necessidades verificadas para melhorar o ajustamento psicológico dos irmãos e irmãs de crianças com cancro.

**Palavras-Chave:** Cancro Pediátrico; Ajustamento Mental; Irmãos