

Número 13
2006

HUARTE DE SAN JUAN

Revista de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales • Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatearen Aldizkaria

Psicología y Pedagogía
Psikologia eta Pedagogia

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

HUARTE DE SAN JUAN

Psicología y Pedagogía
Psikologia eta Pedagogia

Número 13
2006



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Título: Revista Huarte de San Juan. Psicología y Pedagogía

Edita: Universidad Pública de Navarra : Nafarroako Unibersitate Publikoa

Director: Emilio Garrido Landívar

Consejo de Redacción: Benjamín Zufiaurre Goicoechea
M^aLuisa Sanz de Acedo Lizarraga
Reyes Berruezo Albéniz
Fermín González García
Emilio Garrido Landívar

Fotocomposición: Pretexto. pretexto@cin.es

Imprime: Industria Gráfica Ona

Depósito Legal: NA-2.002/1994

ISSN: 1136/0828

Correspondencia: Universidad Pública de Navarra
Revista "Huarte de San Juan"
Decanato de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Campus de Arrosadía
31006 Pamplona
Teléfono 948 169 428. Fax 948 169 448

Distribución y venta: Universidad Pública de Navarra
Dirección de Publicaciones
Campus de Arrosadía
31006 Pamplona
Fax: 948 169 300
Correo: publicaciones@unavarra.es

Índice

María Teresa Sanz de Acedo Baquedano / María Luisa Sanz de Acedo Lizarraga <i>Razonamiento inductivo, inteligencia y aprendizaje</i>	7
José Ignacio Dufur Aróstegui <i>La fabulación infantil en el marco de las inteligencias múltiples. La familia como estímulo narrativo</i>	21
María Luisa Sanz de Acedo Lizarraga / María Teresa Sanz de Acedo Baquedano / María Cardelle-Elawar <i>Alcance del constructo analogía</i>	45
Margarita Zabala Baquedano / Emilio Garrido Landívar <i>Aportaciones de la psicología clínica en el campo de la rehabilitación psicosocial</i>	59
Fernando Trébol Untzue / Emilio Garrido Landívar <i>Análisis de la realidad asistencial a los mayores en la Comunidad Foral de Navarra. Propuesta para una intervención psicológica en los procesos de envejecimiento</i>	81
Mary Meza Benavides / Milagros Pollán Rufo / M ^a Inés Gabari Gambarte <i>Estrés laboral en enfermería hospitalaria: un estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento</i>	103
M ^a Lourdes Aparicio Ágreda / Carlos Pablo Cuevas Jiménez <i>Aspectos biopsicológicos de la infección por virus inmunodeficiencia humana (VIH)</i>	121
María Joao Forjaz / Emilio Garrido Landívar <i>Repercusión del cáncer de mama en la paciente. Enfoque de la psico-oncología</i>	135

Juan Ignacio Arrarás / Emilio Garrido Landívar <i>Psico-oncología</i>	141
Francisco Górriz Herranz / Emilio Garrido Landívar / Antonio Andueza Azcárate / M ^a Dolores Martínez Mazo / Marta Echeverría Zunzarren <i>La atención a enfermos con fibromialgia. Aspectos prácticos desde una perspectiva psicológica</i>	165
Alex Simón Cabodevilla / Emilio Garrido Landívar <i>Índice de ideación suicida en I@s adolescentes navarr@s</i>	185

Razonamiento inductivo, inteligencia y aprendizaje

M^a Teresa Sanz de Acedo Baquedano / M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga*

La capacidad para razonar siempre se ha considerado como una característica intrínseca y exclusiva del ser humano, como uno de los mecanismos cognitivos básicos. ¿Qué es eso que llamamos razonamiento? Es un conjunto de procesos mentales mediante los cuales hacemos inferencias y las incorporamos a nuestros conocimientos.

Según la filosofía tradicional existen dos métodos para inferir la nueva información y enriquecer el conocimiento: el deductivo y el inductivo. Se dice, no de manera muy acertada, que la deducción va de lo general a lo particular, mientras que la inducción tiene una dirección opuesta. Las premisas y las conclusiones constituyen el argumento. La inferencia se deriva de las premisas, las cuales conducen a la conclusión, un juicio cuya información no está contenida en las premisas, sobre todo cuando se trabaja con el método inductivo.

Los resultados de la deducción siempre son válidos, ya que siguen las reglas establecidas por la lógica. Los de la inducción, pueden ser, o no, verdaderos; sus hipótesis tienen que probarse o refutarse con otros significados, pues se fundamentan en las experiencias y en las creencias personales. La diferencia clave entre deducción e inducción es que la primera se mueve en el mundo de las verdades necesarias y la segunda, en el de las verdades probables.

¿En qué consiste el razonamiento inductivo?

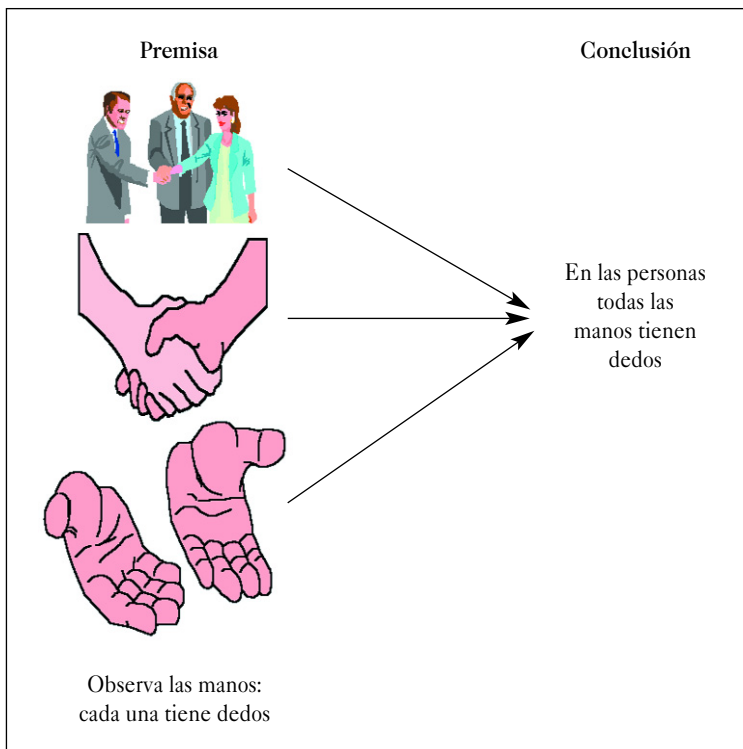
En 1938 Thurstone entendió la inducción como la derivación de una regla, principio o conclusión de los ejemplos observados y como la predicción de acontecimientos a

* Departamento de Psicología y Pedagogía, Universidad Pública de Navarra. Campus de Arrosadía. 31006 Pamplona. E-mail: mlsa@unavarra.es

partir de la evidencia recogida (Figura 1). La validez de la inducción es cuestión de grado, depende del apoyo empírico que aportan las premisas para alcanzar la conclusión. La probabilidad total nunca puede verificarse porque no existe garantía de que después de un número X de observaciones la conclusión sea más precisa, dado que se desconoce el tamaño máximo del universo al que pertenece el hecho sometido a observación. Siempre puede aparecer un caso concreto que no se ajuste a lo expresado en las premisas.

Un problema que plantea la inducción es el de su justificación. Este problema se centra en determinar por qué se consideran válidos los juicios sobre casos desconocidos. Una solución a esta dificultad consiste en aceptar que su validez se fundamenta en la ley de uniformidad de la naturaleza, por la que puede suponerse que el futuro será semejante al pasado. Sin embargo, la naturaleza es uniforme en algunos aspectos y en otros es variable. Por ejemplo, a veces es posible generalizar con muy pocas observaciones mientras que en otras ocasiones se requiere un número elevado de las mismas.

Figura 1
Esquema del razonamiento inductivo



El razonamiento inductivo es una forma de conocimiento esencial en la vida personal, social y laboral: muchos de nuestros problemas los resolvemos por procedimientos inductivos. Pero es un modo de adquirir información con unas características que lo hacen singular y problemático a la vez. Singular, porque sus conclusiones siempre hacen referencia a la realidad, y problemático, porque esas conclusiones siempre son provisionales.

Las inferencias inductivas están formadas por proposiciones empíricas que versan sobre acontecimientos pasados y futuros. Con ellas aventuramos lo que ha sucedido y puede suceder, lo que acontecerá será similar a lo que ha acontecido. En esta extrapolación de unas observaciones a otras se basan la mayoría de nuestras creencias y conocimientos; por esto puede generalizarse diciendo que la inducción es el origen principal del conocimiento.

Ya queda dicho que la inducción proporciona verdades probables, es decir, pueden no serlo. El hecho de que su valor de verdad pueda cambiar en cualquier momento y, por tanto, perderse con cierta facilidad, hace que del mismo modo se ganen otras muchas verdades. Esta característica de probabilidad se relaciona con otra que también es importante: una conclusión, del mismo modo que puede debilitarse con datos o hechos ulteriores, también puede fortalecerse con otros. Un argumento inductivo crece en solidez a medida que añadimos proposiciones que lo apoyen. Este cambio en la calidad de una conclusión inductiva no ocurre en una deductiva. Un argumento deductivo no cambia su validez cuando se añaden más proposiciones: si una conclusión es válida no deja de serlo, ni lo será, porque incorporemos más premisas al argumento. Las verdades lógicas, una vez establecidas, son inmutables, al menos en ese mundo formal.

Según Klauer (1998), el razonamiento inductivo permite descubrir atributos o relaciones entre objetos y todas sus modalidades suponen la práctica de la comparación cimentada en semejanzas y diferencias.

Tipos de inferencias inductivas

El razonamiento inductivo incluye cinco procesos, que son: clasificación, razonamiento causal, razonamiento hipotético, razonamiento probabilístico y razonamiento analógico. En este artículo, se describen los cuatro primeros y el último, el analógico, se presenta en otro título de esta misma revista.

Los diferentes razonamientos inductivos se reconocen a través de la siguiente sucesión de fases: análisis de elementos, establecimiento de relaciones, representación y evaluación (Saiz, 2002).

1. *Análisis de los elementos, o de la estructura del razonamiento.* Consiste en identificar las razones que sustentan la conclusión. Esta tarea es difícil, puesto que a veces las razones y las conclusiones no están explicitadas; se la puede reconocer observando si existen indicadores de razón, tales como *porque, puesto que, por esta razón* y de conclusión, *por consiguiente, así pues.*

2. *Establecimiento de relaciones entre los elementos.* ¿Cuáles son las relaciones existentes entre las razones y las conclusiones? ¿Qué apoyo dan las razones a las conclusiones? Es necesario descubrir las relaciones que puedan darse entre los elementos que integran el argumento, si son convergentes, encadenadas, verticales, horizontales, etc.
3. *Representación gráfica del razonamiento, tanto de sus elementos como de sus relaciones.* Para ello caben diferentes técnicas, por ejemplo, mapas conceptuales, diagramas jerárquicos, etc. El uso de estas estrategias sirve para facilitar la comprensión, sintetizar la información, mejorar el almacenamiento y la recuperación de la misma e incrementar la eficacia de los mecanismos de inferencia, de solución de problemas y de toma de decisiones.
4. *Valoración global del argumento.* La evaluación de la solidez de un argumento puede realizarse utilizando de manera ordenada y sistemática los criterios de: a) grado de aceptabilidad, de las razones que apoyan el argumento; b) relevancia, es decir, la importancia que tienen las relaciones existentes entre las razones y las conclusiones; c) suficiencia, de las razones significativas, sean cualitativas o cuantitativas.

Clasificación inductiva

La clasificación consiste en agrupar en clases objetos, sucesos, organismos, instituciones o ideas, según características comunes, con la finalidad de tratarlos de manera equivalente, lo que permite, entre otras cosas, superar la diversidad, razonar eficientemente, adaptarse y hacer predicciones fiables. Estas características sirven para inferir si otros elementos que las comparten pertenecen a esa categoría. Las clases pueden organizarse vertical o jerárquicamente, según el grado de abstracción e inclusión, y horizontalmente, según la representatividad del criterio de clasificación.

La clasificación conlleva un doble proceso inductivo, el de generalización y el de discriminación. El primero, la generalización, identifica características comunes a través de las observaciones –propias o ajenas– de fenómenos y de sucesos y descubre las regularidades del entorno. Con ese proceso se extrapola de una muestra a una población de referencia, de una muestra a otra o de una muestra a una parte de sus miembros. Dado que lo que se hace es generalizar –pasar de un número determinado de observaciones a otro– es fundamental que lo que se afirma en las premisas tenga ciertas propiedades, de manera que la conclusión sea sólida. Puesto que no pueden observarse poblaciones, sino muestras, éstas deben ser representativas de la población de referencia, de lo contrario la conclusión que se derive carecerá de apoyo. El tamaño de las observaciones y su variabilidad posibilitan que esa muestra sea, además de representativa, fiable y válida; no obstante, su magnitud puede fluctuar en función de la cantidad de miembros a los que se refiera la conclusión.

El segundo proceso, la discriminación, sirve para identificar características que no comparten todos los miembros de la clase y que, a su vez, permite formar nuevas subclases.

Los pasos que ha de seguir la mente cuando desea clasificar son:

1. Identificar los atributos comunes más relevantes de los objetos.
2. Identificar las clases a las que pertenecen dichos atributos
3. Determinar el criterio de clasificación más acertado.
4. Asignar los objetos a las clases o criterios seleccionados.
5. Discriminar si pueden formarse subcategorías.

Todos estos pasos estarán guiados por los propósitos que se busquen con la clasificación que, entre otros, pueden ser: ganar tiempo, ahorrar esfuerzo, localizar información deseada, facilitar el aprendizaje y la memoria y mejorar la eficacia en el trabajo. Las categorías organizan en clases los objetos, los acontecimientos y las situaciones con la consiguiente eficiencia cognitiva que eso supone para el funcionamiento mental. Si no existieran las categorías, habría que almacenar en la memoria cada entidad en un lugar diferente y con su particular nombre para poderla distinguir de todas las demás. Este tipo de almacenamiento produciría una sobrecarga en la mente peligrando su funcionamiento. Por ejemplo, el hecho que se tenga codificado el concepto árbol, evita tener que aprender o nombrar a cada uno de todos los árboles que existen o puedan existir.

La categorización raramente es la meta última para los sujetos que se enfrentan a un problema, a una situación, a una persona o a un objeto, sino que es su primer paso para asimilar la información. Además de la clasificación, el conocimiento categórico desempeña un papel crítico en otras muchas actividades cognitivas, tales como la explicación, la combinación conceptual, la comunicación y la inferencia. El uso de categorías para inferir es particularmente importante, al igual que un tema de investigación atractivo, pues permite predecir conductas y situaciones (Murphy y Ross, 1994; Ross y Murphy, 1996).

Razonamiento causal

El razonamiento causal consiste en hallar el origen de un suceso, sus posibles causas, fundamentos, relaciones e importancia de cada una de ellas. Responde al por qué de las cosas: ¿por qué ocurrió tal o cual cosa? ¿por qué aconteció tal fenómeno? ¿por qué alguien se comporta de una manera determinada? Las respuestas a preguntas de esta naturaleza siempre necesitan de una argumentación causal en mayor o menor medida.

Las causas pueden ser suficientes, necesarias o suficientes y necesarias. Así, la presencia de oxígeno es una condición necesaria para la combustión, pero no es suficiente. Skyrms (1986) ofrece seis principios relacionados con las condiciones necesarias y suficientes, que son:

- a) Si A es una condición suficiente para B, entonces B es una condición necesaria para A.

- b) Si C es una condición necesaria para D, entonces D es una condición suficiente para C.
- c) Si A es una condición suficiente para B, entonces la ausencia de B es suficiente para la ausencia de A.
- d) Si C es una condición necesaria para D, entonces la ausencia de D es condición necesaria para la ausencia de C.
- e) Si A es una condición suficiente para B, entonces la ausencia de A es una condición necesaria para la ausencia de B.
- f) Si C es una condición necesaria para D, entonces la ausencia de C es una condición suficiente para la ausencia de D.

Estos principios ayudan a deliberar la causa de los hechos y su veracidad

Los pasos que ha de seguir la mente para explicar las causas de un fenómeno son:

1. Identificar las causas posibles del suceso en cuestión.
2. Analizar qué datos las apoyan.
3. Establecer relaciones entre las causas detectadas.
4. Seleccionar la causa o las causas más probables.

El propósito principal del razonamiento causal es explicar la realidad, planificar la búsqueda de soluciones a problemas, predecir efectos, impedir que se generalicen si los efectos son negativos y regulan la investigación siguiendo las pautas del método científico.

Razonamiento hipotético

El razonamiento hipotético, también llamado científico, consiste en verificar una idea, tesis o hipótesis, no necesariamente derivada de unos datos; puede ser el fruto de la elaboración, de una invención que se infiere del conocimiento o de la experiencia. Las hipótesis son las que realmente dirigen y guían la búsqueda de datos para su comprobación o verificación indirecta inspirando la investigación, tanto personal como profesional. Esta forma de inducción también explica los fenómenos o sucesos, descubre soluciones a los problemas y predice los efectos de una determinada intervención. El razonamiento hipotético se utiliza en todos los contextos, tanto filosóficos y científicos como cotidianos.

Este razonamiento comparte elementos esenciales con el causal. Ambos tienen su origen en la observación y se apoyan en las generalizaciones inductivas. El razonamiento hipotético puede ser considerado como una continuación del causal.

Los pasos que ha de seguir la mente para razonar hipotéticamente son los siguientes:

1. Buscar una explicación para un fenómeno o una solución para un problema.
2. Proponer una hipótesis (una posible explicación o solución).
3. Derivar predicciones de esa hipótesis: qué puede suceder, dónde y cuándo.
4. Probar o verificar esas predicciones.

La finalidad del razonamiento hipotético, fundamentalmente, es dirigir el estudio y la investigación, describir, explicar, predecir y controlar los hechos, los procesos psicológicos y la conducta.

Razonamiento probabilístico

Finalmente, el razonamiento probabilístico. Es uno de los que más se utiliza en la vida diaria, explícita o implícitamente, pues dirige de ordinario la conducta humana e influye en la toma de decisiones bajo circunstancias de incertidumbre. Numerosas actividades relacionadas con el ocio, los negocios y la investigación se diseñan, guían y confían en las leyes de la probabilidad. La sociedad actual tiene cuantiosa información, pero también dudas, pues tal información rara vez conduce a conclusiones inequívocas, sino más bien a probables. Las personas, sin darse cuenta, se preguntan de continuo qué grado de certeza puede tener la ocurrencia de un determinado suceso; por ejemplo, ¿lloverá mañana?, ¿tendré suerte en el examen, en el trabajo?, ¿me tocará la lotería? En la predicción de estos hechos se utilizan criterios de probabilidad más o menos altos.

Con frecuencia, la probabilidad se considera más una herramienta de análisis de datos que un método inferencial. Inicialmente se pensaba que el ser humano actúa como si fuese intuitivamente estadístico, pero a partir de los setenta, y de la mano de dos prestigiosos psicólogos –Tversky y Kahneman– la investigación sobre los procesos cognitivos implicados en los juicios probabilísticos adquiere otra relevancia. Determinados resultados experimentales llevaron a estos autores a dudar de que las personas fuesen estadistas intuitivos. Los juicios probabilísticos no se hacen mediante la manipulación de fórmulas matemáticas, sino a través de procedimientos heurísticos o estrategias simplificadoras que a veces llevan a conclusiones correctas desde un punto de vista normativo, pero otras veces no. Es normal que las personas no cuenten con los datos base o con la frecuencia previa de un hecho determinado y que tampoco integren información, al menos de manera eficiente.

El concepto de probabilidad puede entenderse como posibilidad lógica, como frecuencia o como grado de creencia. La concepción de la posibilidad lógica argumenta que la probabilidad se ha de expresar en términos lógicos. Desde esta concepción, se define como la relación entre dos series de proposiciones por la cual, conociendo la primera serie, atribuimos a la segunda un cierto grado de creencia racional.

Un enfoque alternativo a la concepción lógica es el enfoque frecuentista: la probabilidad de un acontecimiento se obtiene en términos de frecuencia relativa. Es decir, la probabilidad se fundamenta en el hecho de que el suceso debe haberse repetido un número razonable de veces. Este enfoque no tiene nada que ver con sucesos singulares, sino que se centra siempre en hechos grupales.

Un planteamiento alternativo a los enfoques lógico y frecuentista es el personalista. A diferencia de aquéllos, este enfoque permite emitir juicios de probabilidad

basados en creencias y en experiencias, y éstas no tienen que aludir necesariamente a hechos objetivos. El que los juicios de probabilidad se sostengan en la subjetividad no es ápice para que este procedimiento no pueda formalizarse. Si una persona realizó bien una entrevista de empleo, puede pensar que la probabilidad de que le ofrezcan el trabajo es del 80%. Este valor no se deriva de un cálculo matemático; es el grado de creencia de conseguir el trabajo. Los valores probables son maneras de cuantificar la confianza en un resultado, aunque no se puedan justificar en términos de intercambio de sucesos o de frecuencias relativas.

Por acuerdo, los rangos de probabilidad oscilan entre cero y uno, donde cero significa que la creencia en cuestión es ciertamente falsa, y uno, que es ciertamente verdadera. También puede expresarse como un porcentaje o una fracción; una probabilidad de 0,75 equivale al 75% o a $3/4$.

Los juicios probabilísticos, pues, tan presentes en nuestra vida, afectan en diferente grado a los aspectos personales y sociales. En lo personal, deseamos que nuestros juicios (por ejemplo, comprar una casa) nos permitan optar por las alternativas más compatibles con nuestra situación; en lo social, deseamos que los juicios de los demás no perjudiquen arbitrariamente a otras personas.

Razonamiento inductivo e inteligencia

La tradición psicológica ha empleado el término pensamiento para referirse preferentemente al razonamiento, a la toma de decisiones y a la solución de problemas, y el término inteligencia, para señalar la intensidad con que estos procesos psicológicos se manifiestan en los diferentes individuos y grupos (Yela, 1991). No es sorprendente observar que las habilidades del razonamiento correlacionen con puntuaciones de tests de inteligencia, toda vez que muchas definiciones de la inteligencia consideran el razonamiento como un elemento esencial de su naturaleza.

Spearman (1923) estaba convencido de que su factor "g" de inteligencia general permite a los sujetos resolver problemas en los que se precisa aplicar el razonamiento inductivo para extraer rasgos generales de un grupo de objetos y establecer relaciones entre ellos. Realmente, los tests que miden razonamiento inductivo muestran una alta saturación del factor "g". Según la teoría de los factores de Thurstone (1938), el factor de razonamiento comprende tanto operaciones de inducción como de deducción.

Por otro lado, no hay duda de que Cattell (1963), con su teoría de la inteligencia fluida y cristalizada, defiende que el razonamiento inductivo está estrechamente relacionado con el factor de fluidez, y así lo demuestran los tests que miden la inteligencia. A su vez, el factor cristalizado, que hace referencia a la adquisición del conocimiento y del lenguaje en general, tiene un fuerte apoyo en la ejercitación de los diferentes tipos de razonamiento inductivo.

Estudios posteriores, con nuevas técnicas estadísticas, por ejemplo, el análisis de LISREL, descubren una estructura centrada alrededor del factor "g" formada por

items de clasificación, analogía, series y matrices, esto es, por operaciones propias del pensamiento inducción (Büchel y Scharnhorst, 1993).

La bibliografía científica ofrece investigaciones en las que se observa que practicando los diferentes tipos de razonamiento inductivo se potencia la inteligencia, y que para un buen razonamiento se necesita una buena inteligencia, aunque no lo asegure totalmente. Estas investigaciones se fundamentan principalmente en el principio de la transferencia de lo aprendido: sea una transferencia cercana, aplicarlo a un contenido del mismo campo; una transferencia lejana, aplicarlo a un contenido algo diferente, y, finalmente, una transferencia muy lejana, aplicarlo a campos muy diferentes.

Es verdad que la inteligencia y el razonamiento se conceptualizan independientemente, pero cuando se habla de estrategias de intervención científicamente válidas para desarrollar uno y otro constructo, las habilidades y el lenguaje que se utilizan son muy semejantes. Enseñar a ser razonable o a ser inteligente, se refiere, en parte, al enriquecimiento de las capacidades cognitivas necesarias para llevar a cabo las diversas formas del raciocinio (Sanz de Acedo Lizarraga e Iriarte, 2001).

Klauer (1989c; Klauer y Phye, 1994) diseñó un programa para entrenar en las habilidades del razonamiento inductivo, esto es, en procesos de generalización, discriminación y estrategias metacognitivas, los cuales suponen considerar conscientemente las semejanzas y las diferencias tanto de los atributos como de las relaciones de los objetos cuando se comparan. Estos autores utilizaron la transferencia lejana como indicador de cambio o mejora en el razonamiento; para ello, observaron si los sujetos habían mejorado en problemas matemáticos con exigencias de procesos inductivos sin previo entrenamiento.

El razonamiento constituye una de las manifestaciones fundamentales de la actividad intelectual. Por medio de él, utilizando y aplicando el conocimiento inicial, se infiere nueva información pasando de un conocimiento a otro y elaborando una conclusión en virtud de los imperativos impuestos por las relaciones entre los elementos considerados.

Si la función principal de la inteligencia es permitir a los sujetos razonar inductivamente, entonces está claro que un mejoramiento en el razonamiento inductivo deberá incidir en el mejoramiento de la inteligencia (Klauer, 1998).

Razonamiento inductivo y aprendizaje

Los investigadores postulan que las habilidades del pensamiento son esenciales para el aprendizaje, máxime el razonamiento inductivo (Csapó, 1997). Efectivamente, la inducción se requiere para comprender la información, evaluarla y generar otra nueva, así como para llevar a buen término la toma de decisiones y la resolución de problemas.

Los procesos inductivos están sobreentendidos en la interpretación de la información que se recibe y de los conceptos que se aprenden. La práctica de la mayoría

de las operaciones, tales como comparar semejanzas y diferencias, clasificar con arreglo a características comunes, relacionar las partes con el todo, reorganizarlas y presentar una nueva perspectiva, secuenciar según un criterio determinado y averiguar las razones y conclusiones que fundamentan las ideas y el comportamiento, permitirá dominar e interiorizar los diferentes contenidos curriculares –declarativos, procedimentales y actitudinales– examinar acciones, sucesos y teorías, conocer la realidad y demostrar entendimiento en todo lo que se dice y se hace.

La evaluación de la información también se relaciona con el razonamiento inductivo. La evaluación apunta primordialmente: a) la práctica de habilidades del pensamiento crítico, por ejemplo, valorar si una fuente de información es fiable, interpretar las causas de lo que sucede, predecir efectos posibles, generalizar resultados, razonar analógicamente los problemas; b) un estilo de trabajo caracterizado por una actitud mental abierta, flexible, sincera y reflexiva ante el análisis de los pros y contras de un argumento y por una disposición positiva al cambio en caso de obtener nuevos datos sobre las apreciaciones elaboradas. Todas estas operaciones tienen un principio común: antes de aceptar un juicio es preciso asegurarse de que está concretado en buenas razones, de lo contrario, no debe ser aceptado.

Igualmente, puede decirse que la generación de información, o el pensamiento creativo, supone la ejercitación de los procesos inductivos. Combinar, adaptar y aplicar las habilidades cognitivas para crear numerosas ideas, variadas, útiles, cualificadas e importantes que se manifestarán en la propuesta de soluciones a problemas, la formulación de diversas opciones en el momento de tomar decisiones, la elaboración de hipótesis sobre las posibles causas que determinan lo que está sucediendo y la previsión de las consecuencias de las propias acciones o de lo que tiene lugar en derredor. La generación de ideas y la inducción ayudan a comprender lo sucedido, dar respuesta a la situación planteada, responsabilizarse de la propia conducta y desarrollar un autoconcepto positivo y una autoestima valiosa.

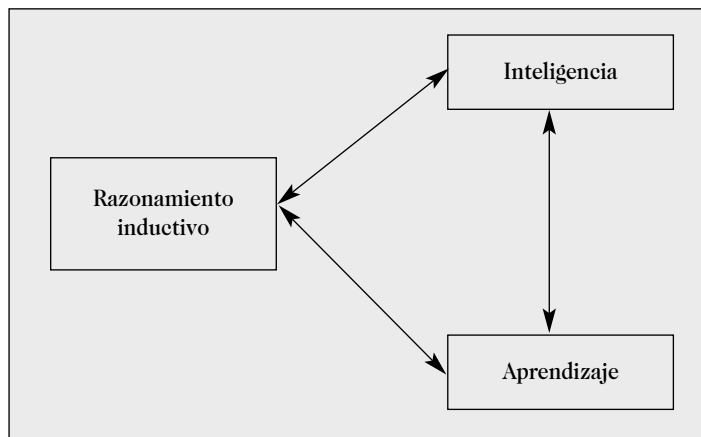
En la toma de decisiones, sean individuales o grupales, también subyacen los procesos inductivos. Intervienen en la sucesión de fases que supone la decisión: plantear la decisión que se debe tomar especificando las razones que la hacen necesaria, y representar mentalmente la totalidad del proceso, precisar las metas definiendo claramente lo que se desea conseguir, generar diferentes alternativas o cursos de acción que dirijan a la meta deseada, evaluar dichas alternativas analizando los pros y contras de cada una de ellas y sus consecuencias más probables, positivas o negativas, seleccionar la mejor alternativa, es decir, la que augure un resultado global eficiente y valorar el proceso y los resultados finales.

Del mismo modo, es imposible resolver problemas sin hacer uso de la inducción en sus diferentes etapas: definir el problema con la mayor exactitud posible, generar diversas soluciones, evaluar las soluciones propuestas pensando en las consecuencias de las mismas, seleccionar la mejor entreviendo su factibilidad y, por último, implementar la solución elegida desarrollando un plan y convenciendo a los interesados de que dicha solución es la óptima; también será necesario emplearla al preguntarse por

los recursos que se precisan y por los obstáculos que podrían surgir en el momento de llevar a cabo dicha solución. La inducción es esencial para una persona resolutiva, que sabe superar los conflictos y desea alcanzar metas personales y sociales de excelencia.

El uso de los procesos inductivos de comparación de atributos y de relaciones de los eventos debería aplicarse a los temas curriculares, porque se asume que los estudiantes que los practican tendrán ventajas no solo intelectuales, sino también de aprendizaje (Klauer, 1998). La figura 2 muestra la relación dinámica que existe entre los tres constructos que se han analizado en este trabajo.

Figura 2
Relaciones entre el razonamiento inductivo, la inteligencia y el aprendizaje



A modo de conclusión

En este artículo hemos expuesto de manera concisa en qué consiste el razonamiento inductivo, sus diferentes tipos y algunas relaciones con la inteligencia y el aprendizaje.

Se destaca que las conclusiones que se obtienen con los diferentes razonamientos inductivos normalmente incrementan la información semántica contenida en las premisas iniciales, pero las mismas no siempre son ciertas al cien por cien, sino probables.

Las inducciones basadas en: a) la formación de categorías, buscan agrupar el conocimiento a través de las similitudes entre las premisas y las conclusiones; b) el descubrimiento de causas, tratan de identificar los elementos que originan los hechos y las relaciones entre ellos; c) la formulación y verificación de hipótesis, tienen como finalidad explicar los fenómenos y probar soluciones a problemas; d) el razona-

miento probabilístico, pretenden conocer el grado de certeza de la ocurrencia de un hecho.

El razonamiento inductivo y la inteligencia se solapan en muchos aspectos y, a su vez, se subordinan y se favorecen mutuamente. Tanto los tests de inteligencia como los programas para la mejora de ambos mecanismos cognitivos muestran una relación dinámica entre sí, pues el razonar bien sostiene la conducta inteligente y ésta ejercita los procesos inductivos.

Con las diferentes formas de razonamiento inductivo se alcanza un aprendizaje comprensivo y por tanto significativo, se amplía el conocimiento y se evalúan las razones, los juicios y las inferencias que se formulan sobre las ideas y los hechos que son objeto de los contenidos curriculares. La inducción soporta el aprendizaje.

Bibliografía

- Büchel, F.P. y Scharnhorst, U. (1993): "Training in inductive reasoning with mildly and severely mentally retarded children", en K.J. Klauer (ed.), *Cognitive training*. Göttingen (Germany), Hogrefe, pp. 95-123.
- Csapó, B. (1997): "The development of inductive reasoning: Cross-sectional assessments in an educational context", *International Journal of Behavioral Development*, 20, 609-626.
- Cattell, R.B. (1963): "Theory of fluid and cristallized intelligence, a critial experiment", *Journal of Educational Psychology*, 54, 1-22.
- Klauer, K.J. (1989): *Cognitive training program for children*. Göttingen (Germany), Hogrefe & Huber.
- (1998): "Inductive reasoning and fluid intelligence: A training approach", en J. Kingma & W. Tomic (ed.), *Advances in cognition and educational practice*. London, JAI Press INC, pp. 261-289.
- Klauer, K.J. y Phye, G.D. (1994): *Cognitive training program for children: A developmental program of inductive reasoning and problem solving*. Kirkland, WA/Göttingen (Germany), Hogrefe & Huber.
- Murphy, G.L. y Ross, B.H. (1994): "Predictions from uncertain categorizations", *Cognitive Psychology*, 27, 148-193.
- Ross, B.H. y Murphy, G.L. (1996): "Category-based predictions: Influence of uncertainty and feature associations", *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 22, 736-753.
- Saiz, C. (2002): *Pensamiento crítico*. Madrid, Pirámide.
- Sanz de Acedo Lizarraga, M.L. y Iriarte Iriarte, M.D. (2001): "Enhancement of Cognitive Functioning and Self-Regulation of Learning", *The Spanish Journal of Psychology*, 4 (1), 55-64.
- Skyrms, B.F. (1986): *Choice and cance. An introduction to inductive logic*. Belmont, CA, Wadsworth Publishing Company.
- Spearman, C. (1923): *The nature of intelligence and the principles of cognition*. London, McMillan.
- Thurstone, L.L. (1938): *Primary mental abilities*. Chicago, University of Chicago Press.
- Yela, M. (1991): "La estructura diferencial de la inteligencia: El enfoque factorial", en M.R. Martínez Arias y M. Yela (eds.), *Pensamiento e inteligencia*. Madrid, Alhambra Universidad, vol. 5, pp. 1-31.

RESUMEN:

Razonar inductivamente es aportar más información que la que ofrecen las premisas. La elaboración de inferencias a partir de categorías, de descubrimiento de causas, de averiguación de efectos y de cálculo de probabilidades son funciones básicas del sistema cognitivo. La inducción y la inteligencia constituyen fenómenos cognitivos inseparables e interfásicos en muchas actividades y la intervención en uno de ellos genera cambios positivos en el otro. El aprendizaje y su transferencia se realizan de manera más fácil y profunda si en ellos participan los procesos y las estrategias del razonamiento inductivo.

ABSTRACT:

Reasoning inductively is more information contributes that the one that the premises offer. The production of inferences from categories, discovery of reasons, of inquiry of effects and of calculation of probabilities they are basic functions of the cognitive system. The induction and the intelligence constitute cognitive inseparable phenomena and interchangeable in many activities and the intervention in one of them generates positive changes in other one. The learning and your transference are performed in an easier and deep way if in it there take part the processes and the strategies of the inductive reasoning.

La fabulación infantil en el marco de las inteligencias múltiples

La familia como estímulo narrativo

José Ignacio Dufur Aróstegui*

1. Introducción

El cuento ocupa en la cultura infantil un lugar hegemónico. Desde siempre todo adulto sensible ante el hecho educativo lo ha utilizado como recurso para facilitar el tránsito vital del niño. Los hechos, sucesos, acontecimientos que él protagoniza o que tienen lugar a su alrededor encuentran acomodo en sus vivencias que a modo de historia narrada se cuenta a sí mismo o a los demás. Es, sin duda, una manera recurrente de apropiarse de nuestro mundo, polimorfo y lleno de discontinuidades, que abre posibilidades nuevas a la interpretación constante porque los mundos del niño emergen allá donde éstos se encuentran, con todas sus peculiaridades, con la aleatoriedad de elementos que la vida va disponiendo, sin sujeción a ningún guión preestablecido. Los significados de la vida de los niños se construyen en un diálogo constante entre su propia naturaleza, personalísima, sin prescripciones, y los demás, la mirada del otro que, como dice Humberto Eco, es lo que nos define y conforma.

El niño se impulsa en el relato desde mucho antes de entrar en la escuela. A la escuela llegan niños con distintos potenciales, con historias de vida diversas, con motivaciones dispares, pero con experiencias similares en cuanto a juegos y actividades cotidianas. Los sistemas de prácticas que se establecen en las familias difieren entre sí, porque los significados de las acciones que se comparten en el seno de las mismas son distintos y las expectativas de desarrollo que los adultos en general, y los padres,

* Doctorando UPNA.

en particular van construyendo también. De manera que la actualización de los potenciales de los niños dependerán así mismo de los ambientes, o tendríamos que decir mejor mundos ya que estos mundos nacen en un universo de ideas que lo informan y van mucho más allá del marco físico donde múltiples agentes emprenden acciones para adaptarse de manera óptima a los cambios.

Los conflictos que aparecen en la vida –como respuesta a la tensión entre lo que sucede y lo que puede suceder– encuentran lugar en la narración para niños, donde aparece un juego de premisas o puntos de partida y alguna conclusión o punto de llegada que a modo de puerta que se abre ofrece al niño una explicación tentativa, pero generada dentro de sí, idiosincrásica, distinta de la que brota en los demás. La escuela ha ofrecido al niño textos adaptados a su momento evolutivo, a las necesidades que tienen como personas en evolución y ha sabido reconducir y dar solución a muchos de los problemas que emergen a cada momento en el alma infantil utilizando un apoyo que no le pertenece en exclusiva sino que es compartido por las personas de todas las culturas.

Ahora bien, el niño creador, inexperto en el uso correcto de los elementos formales lingüísticos, su dominio exiguo del vocabulario y la ineficaz planificación de la narración a ojos del adulto ha encontrado en éste muchas veces desconfianza. Por ello, el adulto ha entendido su labor como guía del desarrollo de los pequeños aprendices en términos de facilitación de modelos que el niño podría seguir.

Cierto es que para que el niño invente historias ha de haberlas oído antes, le han debido de leer, ha debido de escuchar por boca de un adulto o niño –de mayor edad o más experto– historias y cuentos porque su cultura es oral y es obvio decir que la escritura (el texto escrito) constituye un sistema de notación, un sistema simbólico heredero del lenguaje hablado. Pero el entrar en contacto con esta realidad a través del oído no le capacitará para convertirse en su propio motor como narrador si paralelamente no se le ofrece la oportunidad de narrar de viva voz las acciones que protagonizan unos personajes enfrascados en alguna lucha o que marchan en pos de un tesoro escondido.

Demasiadas veces la espontaneidad de un niño que juega en un rincón de su casa no es objeto de la atención de unos padres que con el correr de los años sí mirarán con escrúpulo la redacción que el hijo ha escrito para la escuela. Ambos hechos constituyen momentos de una misma evolución, que a pesar de tener sus propias especificidades y entrañar problemas de naturaleza bien distinta comparten una misma intención comunicativa, que busca en el otro o el “sí mismo” su razón de ser.

Los niños se sirven de un amplísimo espectro de tipos de objetos para inventar. Tales objetos tienen potencialidades que se actualizan en la acción. La escuela, sabedora de esto, recoge estas inclinaciones (debe hacerlo y lo hace) sobre todo proponiendo historias, textos con intención. La maestra narra, los niños en la alfombra escuchan, se vuelven testigos activos que se apropian del cuento, lo tergiversan, es decir, la historia impacta de forma personalísima porque hay significados preexistentes a la acción narrada. El niño se arroba en la escucha porque la fascinación nace de la propia

palabra. La historia brota de las palabras, la vida no determina la historia sino que provoca su desenvolvimiento. En su propio devenir como constructor transita por su cultura pactada con otros niños a través de la atención compartida como atentos oyentes y elocuentes agentes de las historias. Los niños son inexpertos en el mundo de los adultos pero no viven en él, sino en el suyo propio y como los adultos que elaboramos, co-construimos sentidos para aprehender la realidad, el mundo infantil no se agota en el consumo de eventos narrados con lógica infantil sino en la propuesta literaria que estos hacen y que espontáneamente ocupa un espacio en sus vidas.

La vida del niño continúa en el aula, donde procesos que se ponen en marcha antes de la escolarización encuentran un lugar que en ocasiones ordena antes que propone. La verdadera apuesta consiste en tomar conciencia o mejor dicho en elaborar un significado consciente que devuelva al niño su protagonismo y que traspase las fronteras de la escuela para compartirlo en el sistema familiar.

El desarrollo intelectual en el ámbito de la familia

El ser humano como producto de la interacción de los procesos culturales y el bagaje biológico actualiza su potencial en una amplísima gama de áreas de actividad alcanzando muy diversos niveles de competencia. A lo largo de la historia ha habido muchos intentos por analizar el logro intelectual de los individuos más que las condiciones ambientales que lo originan o desencadenan (Albert, 1994; Bloom, 1982, 1985; Terman, 1925; Fowler, 1981, 1983, 1986, 1990).

Según Bloom (1982) los padres de los individuos talentosos difieren mucho en cuanto al grado de educación recibido, el tipo de trabajo, nivel económico y sus intereses vocacionales. Sin embargo, tienen en común que todos hicieron lo posible por sus hijos sin escatimar esfuerzos. En la mayor parte de los casos, los padres pusieron énfasis en dar lo mejor de sí mismos siempre (*work ethic*) y enseñaron esos valores a los niños (Bloom, 1985). Por el contrario, donde más se diferenciaban los padres de los sujetos estudiados era en los intereses. En los primeros años la mayoría de padres proponían sus propias actividades favoritas a sus hijos. Eran muy buenos profesores del área escogida, les enseñaban destrezas muy simples, les alababan y aplaudían aunque no hubieran percibido ningún talento especial en ellos. Más bien sucedía al contrario: la identificación de las especiales cualidades de los individuos era posterior al inicio de la instrucción.

Diversos autores (Albert, 1994; Bloom, 1985; Goldsmith, 1987; Sloane, 1985) otorgan gran importancia a los valores familiares como factor clave para que cada individuo desarrolle al máximo su potencial, nutriéndose desde el principio de los ejemplos que le proporcionan sus mayores, de los intereses de estos y de la práctica diaria en el dominio concreto que escoge la familia como afición o estilo de vida. Con todo, esta circunstancia que podría explicar el advenimiento de un individuo que llegara a dominar un área de conocimiento o de destreza concreta no sería suficiente para ex-

plicar la emergencia del sujeto-prodigio. Gardner (1993) y Feldman (1980) conceptualizan la aparición del prodigio como una notable coincidencia de un organismo humano, con unas determinadas predisposiciones o cualidades, que interactúa con un ambiente humano durante un lapso de tiempo.

Sin embargo, Mihaly Csikszentmihalyi (1998) afirma que la relación existente entre el ambiente familiar de los primeros años y los logros del futuro es ambigua: advierte que tanto las experiencias óptimas como las patológicas aparecen de forma generalizada en las vidas de los individuos creativos. Centra sus investigaciones sobre la creatividad en el concepto de motivación entendida, por una parte, como estimulación del talento y, por otra, como apoyo de la familia. Al igual que otros autores (Gardner, 1993b; Albert, 1994) Csikszentmihalyi investigó las vidas de individuos creativos. Encontró dos características que definen a estos individuos: por un lado, toleran muy bien los fracasos y adversidades a las que tienen que enfrentarse al tiempo que son menos dependientes del reconocimiento externo y del éxito que los individuos normales; por otro, les distingue una gran curiosidad, apertura y vivo interés (Simonton 1988 a, 1988 b) o motivación intrínseca (Amabile 1983, 1990; Csikszentmihalyi 1997; Rathunde 1989).

Aunque hay investigadores que apuntan la presencia de discontinuidades en el desarrollo de los individuos creativos (Gardner 1988, 1993) otros afirman que también tiene consecuencias muy positivas llevar una infancia normal, sin enfrentarse a situaciones extremas. De hecho, Csikszentmihalyi (1988) señala como modelo de ambiente familiar óptimo a aquel que reúne dos características fundamentales que han de proporcionar los padres: estimulación y apoyo. La primera incentivará la asunción de retos, la emergencia de la curiosidad y el interés por las cosas al tiempo que fortalecerá los procesos de individualización y diferenciación. La segunda, afianzará la integración, la auto-confianza, la armonía interior, la persistencia y el desarrollo de habilidades.

Hasta ahora nos hemos ocupado del papel que juegan las familias como facilitadoras de las primeras experiencias personales y del papel importante que juegan como punto de apoyo sobre el que los niños construyen su mundo primigenio. Ahora tratamos el otro pilar fundamental que proporcionan las familias: el estímulo al aprendizaje.

Fowler (1981) documenta varios casos de precocidad cognitiva y emprende un análisis de la función que tiene la estimulación exógena y endógena en el desarrollo mental temprano. La estimulación exógena alude a la provisión de estímulos que brinda el medio físico y social al individuo mientras que endógena es aquella que parte de la propia iniciativa del sujeto. Este autor diferencia dos formas básicas de estimulación: una, sistemática, y otra, incidental. Aunque ambas parecen bien distintas lo cierto es que son muy flexibles, interactivas y centradas en el niño: utilizan técnicas específicas similares y siguen secuencias semejantes en las que las interacciones van siendo reguladas progresivamente por el propio sujeto (estimulación endógena), según el niño mejora su dominio sobre los sistemas simbólicos, aumenta su conocimiento en general y perfecciona su habilidad para resolver problemas complejos.

Existen estudios (Terman, 1919 Fowler, 1986) que abundan en la inusual atención que han recibido los niños brillantes intelectualmente en la propia casa. Los niños precoces, con pocas excepciones, crecían en medios profesionales-académicos donde se disfrutaba de un marcado ambiente intelectual en el que el niño participaba siempre de las actividades.

Fowler (1981) diferencia dos tipos distintos de estrategias de estimulación basándose en un sistema integrado de tres dimensiones distintas: en primer lugar, conocimiento, conjunto de conceptos y reglas a través del cual aprehendemos el mundo; en segundo lugar, los códigos mediante los cuales condensamos, estructuramos y simplificamos el conocimiento (código verbal, matemático, etc.); y por último, las estrategias para razonar, resolver problemas y aprender que nos permiten utilizar los diferentes conceptos de todos los dominios si bien el dominio intelectual que más frecuentemente se ha estimulado ha sido el del lenguaje: lectura temprana y, sobre todo, habilidades de comunicación verbal (Fowler, 1981; Terman, 1925).

Actividades como la lectura contribuyen a que el niño se transforme en un aprendiz altamente automotivado, cuyas raíces parecen descansar en el sistema cognitivo descrito por Fowler (1981), entre cuyos elementos se encuentra sobre todo un sofisticado dominio de los códigos simbólicos que comienza con los primeros aprendizajes –de letras, palabras, frases, numerales, símbolos musicales, lenguas extranjeras–. Poco a poco se van haciendo más sofisticados hasta que aparece el acceso a la lectura y su posterior dominio, todo lo cual permitirá el asentamiento de un sistema de aprendizaje cognitivo que, en opinión del autor, requerirá de un apoyo continuado de fuerzas exógenas a lo largo de la escolaridad y probablemente de toda la vida.

Estrategias para el desarrollo de la expresión verbal

Las estrategias que se utilizan para desarrollar las capacidades del niño en la primera infancia establecen un contexto rico de comunicación en el que se actualiza el potencial del niño a través de la interacción verbal, no verbal y paraverbal entre el propio niño y los padres, otros adultos o niños más capaces. De esta forma para que un niño progrese en su desarrollo ha de existir cooperación entre él y otro sujeto más capaz que le proponga situaciones problemáticas o que le ayude a resolverlas.

Este concepto es aplicable a cualquier ámbito de acción o intercambio social y se manifiesta en la utilización de múltiples estrategias encaminadas a superar el nivel de competencia actual del niño. En concreto, para estimular su expresión verbal, existen las siguientes (Soprano, 2000):

Puesta en duda de lo que acaba de decir el niño repitiendo el enunciado para facilitar la autocorrección. **Respuesta falsa** para forzar la situación y provocar que el niño se implique en el diálogo. **Retroalimentación correctiva**: el adulto recoge en sus respuestas algunas correcciones y/o ampliaciones de tipo fonológico, morfosintáctico o sintáctico, según un modelo más evolucionado. **Expansión gramatical** consis-

tente en reformular lo dicho por el niño, corrigiendo o ampliando las formas sintácticas. **Extensión gramatical**, es decir, añadir palabras o expresiones que completan lo que ha dicho el niño. **Incorporación**, en la que el adulto incorpora un enunciado infantil a un enunciado adulto, más completo. **Corrección explícita** del adulto o sujeto más capaz cuando el niño comete un error. **Aplazamiento** referido a cualquier conducta que utiliza la espera, el silencio, la sugestión, la duda o la manipulación de objetos del entorno para que el propio niño interpele al adulto. **Actuación**: el adulto da una consigna al niño para que éste la ejecute en el momento. **Incitación al diálogo**. **Verbalización** de la propia actividad o la del otro. **Evocación** del nombre de los objetos cercanos o de la categoría a que pertenecen. **Estrategias complementarias** para investigar el nivel de comprensión: pedir objeto sin alternativas, pedir un objeto entre varios, pedir un objeto a partir de su descripción, cumplir órdenes etc.

Teoría de las Inteligencias Múltiples de Howard Gardner

Las investigaciones de Feldman (1980) constituyen un punto de partida básico para la Teoría de las Inteligencias Múltiples de H. Gardner (1983). Howard Gardner, director del Proyecto Zero de la Universidad de Harvard, advierte de la necesidad de contemplar no una única inteligencia que explique nuestro amplio abanico de habilidades humanas, sino un espectro de distintas inteligencias arraigadas en las diferentes sociedades, que han privilegiado ciertas pautas sociales en beneficio de unas capacidades frente a otras.

Tradicionalmente, las dos únicas inteligencias propiamente dichas, y así denominadas, han sido la lógico-matemática y la lingüística, ambas puestas de manifiesto en los dos dominios escolares por excelencia, auténtica piedra de toque de nuestra formación académica: lengua y matemáticas. Sin embargo, Gardner (1983, 1995, 2001) postula la existencia de otras inteligencias independientes de aquellas que merecen el nombre de inteligencia. Este concepto de inteligencia fue definido como la capacidad que tenemos los seres humanos de resolver problemas o de crear productos que son considerados valiosos en uno o más contextos culturales (Gardner 1993) y redefinido más tarde como

“un potencial biopsicológico para procesar información que se puede activar en un marco cultural para resolver problemas o crear productos que tienen valor para una cultura”

(Gardner, 2001, p. 45)

La novedad de esta nueva definición radica en que la inteligencia constituye un potencial que se activará o no dependiendo de tres factores: los valores de una cultura determinada, las oportunidades que brinda esa cultura y también, naturalmente, las decisiones que tomen las personas.

Conductas de naturaleza muy diferente requieren destrezas que se han adquirido con la práctica y el esforzado empeño del ejecutor. Tanto es así, que Gardner afirma

que existen inteligencias distintas: musical, corporal-kinestésica, lógico-matemática, lingüística, espacial, interpersonal e intrapersonal. Aunque recientemente ha aumentado el elenco de inteligencias (Gardner, 2001) con la naturalista, la existencial y la inteligencia moral parece que el camino sigue abierto a la incorporación de otras. Esta teoría se plasma en el llamado Proyecto Spectrum con el objetivo de identificar los talentos de niños y niñas de cuatro años mediante una batería de tareas diversas que potencian diferentes capacidades. El Proyecto Spectrum pretende eliminar las barreras conceptuales existentes entre la evaluación como proceso de identificación de necesidades y la intervención como respuesta a las mismas.

2. Estudio empírico

2.1. Objetivos

El objetivo de la presente investigación es doble: por una parte, describir las competencias lingüísticas de los niños de seis a siete años –primer año de Primaria– en una tarea individual de invención de una historia y, por otra, analizar la relación existente entre estas competencias lingüísticas y las estrategias de interacción verbal utilizadas por los padres en la vida diaria.

Entre los objetivos específicos destacamos:

- Comprobar cuál es la habilidad de los sujetos de la investigación en materia de creación personal de historias, asumiendo las diferencias competenciales existentes y la distinta naturaleza de los procesos de andamiaje que requiere la mejora de dichas capacidades.
- Agrupar a los alumnos de la muestra en tres categorías (novato, intermedio y experto) de acuerdo al nivel de competencia.
- Contribuir al desarrollo de la capacidad de expresión de los alumnos a través de la tarea propuesta en las sesiones de intervención.
- Determinar las funciones lingüísticas primordiales en el texto creado por los sujetos, como respuesta a la propia motivación y al propósito de la conducta: narrar, describir, informar, investigar, etiquetar-categorizar e interactuar con el adulto.

2.2. Hipótesis

Según estos objetivos nuestras hipótesis son las siguientes:

Hipótesis principal

Las estrategias de socialización que siguen las madres en el día a día encaminadas a que sus hijos inventen historias por sí mismos repercuten directamente en que estos

adquieran (esa particular) competencia lingüística, de manera que su desempeño como novatos, intermedios o expertos dependerá de la oportunidad que les brinde la madre.

Hipótesis primera

La categoría de novato, intermedio y experto asignada a los sujetos del estudio puede atribuirse a las familias de los sujetos, tomando aquellos ítems que conciernen directamente a las acciones de los padres encaminadas a fomentar la invención de historias.

2.3. Metodología seguida en la investigación

2.3.1. *Sujetos*

La muestra la componen 15 niños de primero de Primaria. Fueron incluidos en la primera parte de la investigación 15 y 13 en la segunda.

Dos niños fueron excluidos de la segunda parte de la investigación: uno, por ser un alumno que recibe desde Educación Infantil ayuda de la logopeda del centro y de la profesora de apoyo –hasta el punto de lograr los objetivos del curso desde una adaptación curricular individualizada– y el otro no fue tenido en cuenta ya que sus padres no devolvieron el cuestionario solicitado. La distribución por sexos era 5 chicos y 10 chicas. La edad media de todos los niños era de 6 años y 5 meses. La primera sesión con los niños se realizó en el mes de enero, la segunda durante el mes de febrero.

2.3.2. *Procedimiento y diseño*

La investigación se llevó a cabo en un centro público de Navarra, en una de las tres clases de Primero de Primaria durante el curso 2002-2003. Se eligió esta escuela y, concretamente, este grupo de alumnos porque el investigador era el maestro-tutor del mismo, lo que facilitaba en gran medida la realización de la intervención con los alumnos y alumnas y la obtención de información de las familias.

El centro tiene una fuerte presencia de población inmigrante (30%) y está ubicado en una zona relativamente nueva de la población. El nivel socio-económico y cultural es medio o medio-bajo, incluso bajo en algunos casos.

El diseño cuasi-experimental ha seguido un modelo de intervención en dos sesiones de media hora de duración con cada uno de los alumnos del grupo de estudio, sin pretest ni posttest dado que no se busca establecer ningún patrón de intervención escolar para mostrar los diferentes procesos cognitivos conducentes a explicar cómo un sujeto adquiere o mejora un desempeño competencial –como respuesta al andamiaje que se le ofrece desde la intervención– sino realizar un estudio comparativo

entre la tarea de contar una historia y las estrategias que los padres han podido utilizar a lo largo del tiempo para fomentarla.

Asimismo se elaboró y distribuyó un cuestionario entre los padres para recoger información acerca de los hábitos y estrategias que, intencionalmente o no, utilizaban con sus hijos en la vida diaria.

La importancia lingüística otorgada al ámbito familiar desde siempre ha sido enfatizado por el mundo educativo en general aunque trabajar en y con familias entraña muchas dificultades y por ello no existen muchas investigaciones de este tipo. Sin embargo, creemos que el aporte de información de las familias como contextos de influencia constituye una sólida base sobre la que poder teorizar y aprender para intervenir y construir comunidades de aprendizaje multidimensional –integrados por padres, madres, maestros etc.– en las que los aprendizajes informal y no formal sean vistos como procesos que han podido comenzar en ámbitos donde no se han analizado antes por creer, tal vez, que ese empeño no era su función.

2.4. Material utilizado en las sesiones

El listado de los materiales que aparecen es el utilizado en el Proyecto Spectrum, aunque algunos de ellos han sido sustituidos por otros semejantes.

2.4.1. *Tarea del Tablero de Historias*

Elementos del Paisaje, personajes y accesorios

Cueva hecha con pasta de modelar que se endurecía al contacto con el aire. Arco de pasta. Cuatro árboles. Una pieza elíptica de vinilo verde (como la hierba). Una pieza irregular de vinilo azul (como el agua). Diez pequeñas columnas móviles de madera y color rojo dispuestas en semicírculo. Tres conchas, una de ellas más grande que las otras. Caballero de plástico blandiendo una espada. Dragón verde que arroja fuego por la boca. Una tortuga. Dos figuras de Playmobil de género ambiguo. Criatura roja de plástico con púas y dos antenas, en cuyos extremos había una bolita. Una criatura de color amarillo y vientre negro con dos ojos saltones, hecha con pasta de modelar y pintada a mano. Desatascador negro flexible que puede hacer las veces de serpiente. Cofre del tesoro con cinco joyas en su interior. Cubo rojo. Triángulo rojo.

El soporte es una plancha de ocumen pintada de blanco de 75 por 55 centímetros.

2.4.2. *Descripción de la tarea*

Tras consultar la literatura sobre el Proyecto Spectrum (Gardner, Feldman y Krechewsky, 2001) encontramos la referencia a un inventario modificado de actividades

(Modified Spectrum Project Field Inventory o MSPFI), pensado para poner en práctica con niños de primer grado de Primaria. El MSPFI respetaba en esencia el Proyecto original pero contiene pequeñas modificaciones¹.

La tarea propuesta a los sujetos en las 2 sesiones consistía en contar en voz alta una historia inventada por los niños con la ayuda de todos los materiales descritos anteriormente. Para facilitar las cosas, antes de comenzar con las narraciones se presentaron a cada niño los materiales y se les explicó que tendrían que contar una historia bonita, la que ellos quisieran, insistiendo en que había de ser inventada por cada uno y que este aspecto era muy importante. Se fueron mostrando uno por uno los materiales del paisaje, accesorios y figuritas.

Asimismo, se les pidió que colocaran los materiales en el lugar del tablero que prefiriesen para contar su historia y que podrían cambiar la voz de los personajes de la historia a voluntad. Igualmente, se les dijo que podrían comenzarla y finalizarla como y cuando quisiesen, de manera que cualquier cosa que ocurriera en la historia estaría bien. El observador se sentó en silencio a escuchar. Si el niño tenía problemas para comenzar se hacía el andamiaje oportuno invitándole a compartir con el investigador la ejecución del comienzo de la tarea o hasta que ya no necesitara ayuda alguna.

Si el niño parecía muy concentrado en manipular los elementos del tablero se le pedía que acompañara esos movimientos con verbalizaciones que ayudaran a que el observador escuchara la historia con atención y que así quedaría grabado en la cámara de vídeo.

Respecto a la duración de la historia se pidió a los niños y niñas que la fueran acabando cuando pasaba de 10 minutos y se les animaba a continuarla si no alcanzaba los 3 minutos.

2.4.3. *Sistema de Categorías Evaluadas*

Las dos historias creadas por cada uno de los alumnos fueron grabadas en vídeo y transcritas para su posterior estudio según el modelo diseñado por el Proyecto Spectrum.

La actividad del Tablero de Historias que plantea el Proyecto Spectrum Modificado (MSPFI) para niños de primer grado de Primaria se analiza según diferentes destrezas y funciones lingüísticas. Dentro de las destrezas se analizan: a) la coherencia temática, b) la voz narrativa, c) el uso del diálogo, d) el uso de marcadores temporales, e) la expresividad, f) el nivel de vocabulario y g) la estructura narrativa. Como

1. El procedimiento y los criterios de calificación y asignación de puntuaciones nos fueron enviados personalmente por Mara Krechevsky, directora del Proyecto Spectrum e investigadora de la Graduate School of Education de la Universidad de Harvard (EE.UU.).

funciones lingüísticas distinguimos: 1. el carácter narrativo, 2. descriptivo, 3. informativo, 4. investigativo, 5. la interacción con el adulto y 6. la categorización o función de denominación.

2.5. Resultados

En la tabla 1 presentamos los resultados obtenidos por los niños en las siete destrezas lingüísticas y en la tabla 2 aparecen los resultados en cuanto a las funciones lingüísticas. El análisis ha consistido en agrupar a los quince alumnos de la muestra según su desempeño en cada una de las categorías propuestas por el Proyecto Spectrum, otorgando los valores 1, 2 y 3 según fuera su competencia en cada una de ellas. Así, daremos el valor 1 a aquellos alumnos que por su precario dominio de las distintas facetas analizadas entren dentro de nuestro criterio de novatos; el valor 2 será asignado a aquellos alumnos que, sin demostrar un óptimo grado de competencia, muestran una habilidad intermedia y, finalmente, el valor 3 para los que resuelven la tarea como expertos o más avezados. Por ello, y aunque la gama de valores que propone Spectrum no nos sirva para matizar sobremano la destreza mostrada por cada estudiante, lo adoptamos como recurso eficaz para el objetivo de nuestra investigación, esto es, con motivo de esbozar, grosso modo, tres niveles de competencia que faciliten el análisis comparativo de los diferentes desempeños de los niños en la actividad del Tablero y la provisión de oportunidades que les brindan sus padres y madres. No será objeto de investigación analizar exhaustivamente sus producciones desde el punto de vista fonológico, morfosintáctico, semántico o pragmático.

Las dos sesiones en que intervinimos con los niños arrojan en algunos casos distinto resultado, como se muestra en la tabla 1 (las destrezas aparecen duplicadas con el número 1 y el número 2 ya que se realizaron dos sesiones):

Tabla 1

<i>Nº</i>	<i>C.T.1</i>	<i>C.T.2</i>	<i>N.1</i>	<i>N.2</i>	<i>DI.1</i>	<i>DI.2</i>	<i>I.T.1</i>	<i>I.T.2</i>	<i>EX.1</i>	<i>EX.2</i>	<i>V.1</i>	<i>V.2</i>	<i>E.O.1</i>	<i>E.O.2</i>
1	2	3	2	3	1	3	2	2	2	3	2	2	2	3
2	3	3	2	2	3	3	1	2	3	3	2	2	2	3
3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3
4	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3
6	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	1	1	3	3
7	2	2	2	2	2	2	1	1	3	3	1	2	3	3
8	2	2	1	1	2	3	1	1	3	3	1	2	2	2
9	3	3	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
10	3	3	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2
11	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2
12	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	3
13	3	3	3	2	2	2	3	1	2	2	3	2	3	2
14	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
15	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Destrezas lingüísticas analizadas en las historias: C.T. significa Coherencia Temática; N: Uso de la Voz Narrativa; DI: Uso del diálogo; I.T.: Uso de Indicadores Temporales; E: Expresividad; V: Nivel de Vocabulario y E.O.: Estructura Oracional.

Se decidió llevar a cabo dos sesiones para reducir la incidencia de aspectos contingentes que escapan a nuestro análisis, como son la escasa motivación que pudieran tener los estudiantes en uno de los dos días, o cualquier eventualidad que hiciera que su desempeño no fuera consistente con su nivel real. En este sentido, el conocimiento de los niños por parte del investigador facilitó la evaluación de la tarea.

La distribución de los sujetos por competencias queda como sigue: Nivel de experto (4 sujetos: los números 1, 4, 5 y 13); nivel de intermedio (7 sujetos: los números: 2, 3, 6, 7, 8, 10 y 12); nivel de novato (4 sujetos: los números: 9, 11, 14 y 15).

Tabla 2
Presencia de las funciones lingüísticas en las historias

<i>Nº</i>	<i>Narración</i>		<i>Descripción</i>		<i>Informe</i>		<i>Investigación</i>		<i>Categorización</i>		<i>Interacción</i>	
1	++	+++	-	+	+++	+++	-	-	-	-	-	-
2	++	+++	-	+	++	++	-	-	-	-	-	+
3	+++	+++	+	+	++	++	-	+	-	-	+	+
4	++	+++	+	+	+++	++	-	-	-	-	+	-
5	+++	+++	++	++	++	+++	-	-	+	+	-	-
6	++	+	+	+	++	++	+	+	+	+	+	+
7	++	++	-	-	++	++	-	++	-	+	-	++
8	++	++	-	+	+++	+++	-	-	+	+	+	-
9	+	++	-	-	++	++	+	-	-	-	+	-
10	+	++	-	-	++	++	+	-	-	+	+	+
11	+	++	-	-	++	++	-	-	-	-	+	+
12	+++	+++	-	-	++	++	-	-	-	+	-	-
13	+++	++	+	+	++	++	-	-	-	-	-	-
14	+	+	-	-	+++	+++	-	-	-	-	-	-
15	+	+	-	-	++	++	+	++	++	+	+	++

3. Investigación correspondiente al trabajo realizado con las familias

El cuestionario fue distribuido a las 15 familias de los sujetos de la investigación. Fue explicado y entregado individualmente a cada madre en la sesión de entrega de boletines de evaluación y únicamente a ellas dado que ningún padre acudió a la entrevista con el tutor-investigador.

De los 15 niños que participaron en la actividad del tablero de historias 2 fueron finalmente excluidos del estudio del cuestionario: uno (número 15) porque es un niño con retraso escolar y el otro porque no lo devolvió (número 14).

3.1. Material y procedimiento

Se elaboró un cuadernillo de seis páginas explicando a la familia muy someramente los objetivos de la investigación y dejando abierta la posibilidad de que lo rellenara cualquier adulto con la suficiente experiencia diaria con el niño para disponer de la

información requerida. Se les recordaba que tendrían diez días naturales para devolverlo y se hacía hincapié en señalar que no había respuestas incorrectas.

El formato de respuesta consistía en treinta enunciados, cada uno con su correspondiente escala ordinal de cinco valores para que los padres manifestaran su grado de acuerdo: *nunca o casi nunca, pocas veces, bastantes veces, muchas veces y siempre o casi siempre*.

Con la inclusión de estos enunciados pretendemos hacer un pequeño inventario de estrategias de socialización que siguen los padres y que pueden tener una relación más o menos directa con la tarea de contar una historia que realizan los niños en las sesiones con el investigador. Y más aún: lo que buscamos es apuntar un marco general de comprensión de la interacción verbal que defina la tarea de invención de historias como contexto compartido y multidimensional ligado, en principio, a las oportunidades que brinda un medio que estimula.

Como hemos apuntado anteriormente, ese inventario de estrategias queda restringido a aquellas que, en nuestra opinión puedan relacionarse más fácilmente con la invención de historias y no tanto con la provisión de información general sobre cómo es el contacto lingüístico habitual entre el niño y el sujeto que responde. Naturalmente, hay enunciados generales que sitúan el contexto más global de comunicación. Para facilitar el consiguiente estudio de los datos los hemos agrupado a modo de cuatro variables únicas. Así tenemos:

14 enunciados que buscan *estrategias empleadas por el adulto pero que no demandan respuesta concreta* por parte del niño. Son los siguientes: 1, 3, 6, 8, 13, 14, 17, 21, 23, 25, 26, 27, 28 y 29.

1. Cuando hablo con mi hijo utilizo PALABRAS que creo QUE DESCONOCE y digo su significado aunque no lo pregunte.
3. CORRIJO a mi hijo frases que dice mal (ya sea en cuanto a las palabras utilizadas o al orden de las mismas).
6. YO INICIO las conversaciones con mi hijo.
8. LEO a mi hijo todos los días en voz alta.
13. CUENTO a mi hijo historias y cuentos.
14. Cuento a mi hijo cuentos o acontecimientos con ERRORES A PROPÓSITO: historias al revés, escenarios cambiados, personajes distintos, mezcla cuentos...
17. Cuento a mi hijo cuentos en los que él es el PROTAGONISTA.
21. Cuando le cuento a mi hijo una historia o algo que ha pasado cambio las VOCES de las personas o personajes que intervienen en ella.
23. Cuando hablo con mi hijo CAMBIO MI FORMA DE HABLAR (distinta entonación, palabras más fáciles etc.) para que me entienda mejor.
25. Utilizo GESTOS, MOVIMIENTOS o DIBUJOS para que mi hijo entienda correctamente lo que quiero decirle.
26. Cuando mi hijo cuenta algo AÑADO palabras nuevas que completan lo que él acaba de decir.

27. Cuando mi hijo cuenta algo digo **CON MIS PROPIAS PALABRAS** lo que él acaba de decir, aunque tenga que cambiar mucho de lo que ha dicho.
28. Cuando hablo con mi hijo **REPITO** lo que él ha dicho y lo relaciono con cosas que digo yo, que son más complejas.
29. **PONGO EN DUDA** lo que acaba de decir mi hijo (cuando creo que no es correcto) para que haga un esfuerzo por corregirse (por ejemplo: “¿estás seguro de eso?, ¿de verdad es así?”).

9 enunciados que identifican *estrategias que buscan las respuestas expresas* del niño. Son los siguientes: 2, 4, 7, 9, 10, 12, 15, 21 y 24.

2. Pido a mi hijo que me cuente cosas que le han pasado recientemente o hace tiempo en la **FAMILIA**, la **ESCUELA** u **OTROS LUGARES**.
4. Pido a mi hijo que me cuente **PELÍCULAS**, **DOCUMENTALES** u **OTROS** programas de televisión que haya visto solo, en mi compañía o con alguna otra persona.
7. **ANIMO** a mi hijo a que aprenda textos de **MEMORIA** (adivinanzas, trabalenguas, poesías, canciones, chistes, cuentos, etc).
9. Animo a mi hijo a que invente historias **SIN** ayuda de ningún juguete u objeto cercano.
10. Animo a mi hijo a que invente historias **CON** ayuda de algún juguete u objeto cercano.
12. Cuando hablo con mi hijo le hago **PREGUNTAS** para obtener información (qué, quién, cómo, cuándo, por qué, para qué...).
15. Invito a mi hijo a que cuente una historia mirando **DIBUJOS** o **FOTOGRAFÍAS**.
21. Cuando mi hijo juega con sus **JUGUETES** le pido que me cuente qué está ocurriendo.
24. Cuando mi hijo me cuenta alguna cosa (real o inventada por ella) le pido que me **ACLARE** lo que no entiendo bien.

4 enunciados que definen cómo son las *respuestas del adulto*. Son: 5, 19, 20 y 30.

5. **RESPONDO** a mi hijo siempre que me pregunta algo.
19. Cuando respondo a alguna pregunta de mi hijo me tomo **TIEMPO** para contestar y lo hago con la máxima **CLARIDAD**.
20. **PRESTO ATENCIÓN** a mi hijo cuando está inventando una historia.
30. **ALABO** el esfuerzo de mi hijo cuando me acaba de narrar algún cuento, historia real o inventada por él.

3 enunciados que buscan estrategias *de tiempo compartido* entre el adulto y el niño. Son: 11, 16 y 18.

11. Mi hijo y yo vemos y COMENTAMOS JUNTOS libros que hay en casa.
16. ENTRE MI HIJO Y YO contamos historias: comienza uno, la continúa el otro y así hasta que se acaba.
18. Paso el tiempo con mi hijo en juegos donde intervienen varios PERSONAJES QUE HABLAN entre sí (marionetas, figuritas de Playmobil u otras, etc.)

3.2. Análisis de los resultados

Para verificar nuestra hipótesis principal en la primera parte de la investigación se recogió información acerca de los sujetos (niños y niñas) en la tarea de inventar la historia. A continuación se planteó reunir la información que proporcionaron los padres para establecer la relación, si es que existiera, entre el desempeño de estos y del hijo. Al final resultó que únicamente las madres respondieron al cuestionario; por lo tanto, toda la parte final de la investigación giró en torno a ellas y su relación con los hijos.

En la tabla 3 se recogen las respuestas de las madres a las 30 preguntas formuladas. Las respuestas de las madres se valoraron de 1 a 5 siguiendo la escala propuesta según fuera la frecuencia con que la madre realizaba lo que el enunciado decía (grado de acuerdo).

Distribuimos a los niños en tres grupos en función de su destreza contando una historia. Queremos contrastar la hipótesis de que esos niños presentan la característica de que sus madres respectivas responden de forma distinta a las preguntas según su hijo haya sido considerado novato, intermedio o experto. Para ello calculamos la media aritmética de las madres cuyos hijos han sido catalogados dentro del mismo grupo.

Tabla 3
Categorización de las respuestas dadas por las madres

Preguntas del cuestionario																														
<i>Nº</i>	<i>1ª</i>	<i>2ª</i>	<i>3ª</i>	<i>4ª</i>	<i>5ª</i>	<i>6ª</i>	<i>7ª</i>	<i>8ª</i>	<i>9ª</i>	<i>10ª</i>	<i>11ª</i>	<i>12ª</i>	<i>13ª</i>	<i>14ª</i>	<i>15ª</i>	<i>16ª</i>	<i>17ª</i>	<i>18ª</i>	<i>19ª</i>	<i>20ª</i>	<i>21ª</i>	<i>22ª</i>	<i>23ª</i>	<i>24ª</i>	<i>25ª</i>	<i>26ª</i>	<i>27ª</i>	<i>28ª</i>	<i>29ª</i>	<i>30ª</i>
1	3	5	5	5	5	5	4	2	2	2	3	5	3	2	2	3	3	5	5	5	5	5	1	5	5	3	4	5	5	5
2	2	5	5	5	5	4	5	2	2	4	5	5	4	4	2	1	2	2	4	5	5	2	5	5	5	2	1	1	4	5
3	1	4	3	1	5	3	1	2	1	1	1	3	2	1	1	1	2	1	3	3	2	1	1	4	1	1	1	1	4	4
4	4	5	5	3	5	3	3	5	2	2	5	5	4	3	1	2	2	2	5	5	2	4	1	5	2	3	2	4	3	5
5	2	3	2	2	5	3	3	3	1	2	2	4	3	2	1	1	1	2	4	3	3	3	2	5	3	2	2	2	3	5
6	3	5	4	4	5	3	5	3	3	3	4	5	4	2	3	5	5	4	5	5	4	3	4	5	5	2	2	2	2	5
7	3	4	5	3	5	5	3	3	2	2	4	4	3	1	3	1	2	3	3	3	3	2	1	4	1	1	1	1	4	5
8	2	5	5	2	4	5	4	3	1	1	2	4	4	2	2	1	2	1	4	3	3	3	2	4	2	3	3	3	4	5
9	5	3	3	2	5	1	2	2	2	2	3	3	2	2	1	1	3	1	2	2	1	3	3	5	1	1	2	3	1	2
10	3	1	3	2	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4
11	5	3	4	5	4	2	5	1	1	2	2	3	2	1	2	1	5	1	5	5	2	2	5	5	5	3	2	1	2	5
12	3	4	5	3	5	2	2	1	1	1	3	2	4	1	1	1	1	1	2	5	3	1	1	5	5	2	1	3	3	5
13	3	4	5	4	5	3	2	5	3	2	5	5	5	1	2	3	4	2	3	3	4	2	2	5	3	4	2	4	2	5

Nos planteamos dos objetivos: por un lado, buscar diferencias significativas entre las respuestas que daban las madres teniendo en cuenta los tres grupos asignados y tomando cada respuesta del cuestionario como variable independiente; por otro, buscamos la existencia de diferencias significativas agrupando las 30 preguntas en cuatro bloques –o variables independientes– y procedimos de la misma manera.

Aplicamos un ANOVA (análisis de varianza) para comprobar si existían diferencias significativas entre los grupos. Consideramos como nivel de significación $p = 0.15$.

El estadístico utilizado, que sigue una distribución F, es el siguiente:

$$F = \frac{CME / (k - 1)}{CMI / (N - k)}$$

Donde CME es el cálculo de la varianza entre los grupos, CMI es el cálculo de la varianza dentro de los grupos, N el número total de individuos de la muestra y k el número de grupos que se han considerado.

3.2.1. *Análisis de los resultados del Primer Objetivo*

De los 30 ítems del protocolo 7 arrojaron diferencias significativas. Se recogen en la tabla 4:

Tabla 4
Diferencias significativas en los ítems del cuestionario

<i>Pregunta</i>	<i>Nivel de significatividad</i>
Nº 8	0,106
Nº 12	0,102
Nº 13	0,078
Nº 21	0,102
Nº 28	0,078
Nº 29	0,027
Nº 30	0,119

3.2.2. *Análisis del Segundo Objetivo*

Nos proponíamos averiguar qué resultados obtendríamos si agrupáramos las 30 variables en sólo cuatro distintas, como se ha explicado anteriormente:

- a) Estrategia materna que no demandan respuesta concreta (ESTRA).
- b) Demanda expresa por parte de la madre (DEMA).
- c) Respuesta materna (RESP).
- d) Acción conjunta de la madre y el hijo (CONJ).

Esta vez no obtuvimos ninguna diferencia significativa entre los grupos pero al igual que en el apartado anterior encontramos una conclusión importante y válida para las cuatro variables: los niveles más bajos son siempre los del grupo 1 y las medias más altas son las del grupo 3 (de madres de niños expertos) como se comprueba en la Tabla 5:

Tabla 5
Diferencias entre los 30 ítems del cuestionario agrupados
en cuatro variables distintas

<i>Grupo</i>		<i>Estra.</i>	<i>Dema.</i>	<i>Resp.</i>	<i>Conj.</i>
1	Media	2,5000	2,8333	3,7500	1,5000
	N	2	2	2	2
2	Media	2,8061	3,0000	4,2500	2,4762
	N	7	7	7	7
3	Media	3,1429	3,2778	4,5625	2,9176
	N	4	4	4	4
Total Media		2,8626	3,0598	4,2692	2,4615
	N	13	13	13	13

Sin embargo, no podemos decir que las diferencias obtenidas sirvan para confirmar la hipótesis de que a mayor frecuencia en el uso de las estrategias maternas, las demandas expresas, el tipo de respuestas y la interacción conjunta de madre y niño –es decir, la propuesta de este trabajo– mayor competencia demostrará el niño en la tarea del Tablero de historias.

4. Conclusiones y aplicaciones educativas

El doble objetivo que perseguía la investigación se logró de forma satisfactoria: pudimos describir las competencias lingüísticas de los alumnos y encontrar alguna importante relación entre las estrategias de socialización seguidas por la familia y la destreza mostrada por los niños en la actividad del Tablero de Historias.

En primer lugar, a los niños les motivó muchísimo contar una historia con los materiales que proponía el Proyecto Spectrum. Sin duda, la posibilidad de que los niños manipularan los materiales a su antojo ayudó sobremanera a que concentraran su atención en construir historias y obviaran la presencia de una cámara de vídeo, a la que en la mayoría de casos no prestaron la mínima atención. Por tanto, no resultó difícil que se implicaran en una tarea que fue placentera tanto para los niños como para el investigador.

A pesar de las notables diferencias existentes entre los sujetos podemos extraer algunas conclusiones en cuanto a las capacidades lingüísticas demostradas en la tarea. En concreto, los alumnos mostraron un mejor dominio de las siguientes destrezas lingüísticas: coherencia temática, uso del diálogo, expresividad y estructura oracional y una mayor dificultad en el uso de la voz narrativa, el nivel de vocabulario y el manejo de los indicadores temporales, que fue claramente la competencia lingüística donde menos capaces se mostraron. (Véase Tabla 1).

Por otra parte, las dos funciones lingüísticas a las que más han recurrido los niños en sus historias han sido la narración y el informe. La presencia de las otras funciones –la descripción, la investigación, la categorización y la interacción con el adulto– han sido mucho menos relevantes. (Véase Tabla 2).

Una vez adscritos todos los sujetos a los tres niveles de competencia –cuatro novatos, siete intermedios y cuatro expertos– diseñamos un protocolo para detectar la frecuencia de estrategias de interacción adoptadas por los padres. Elaboramos un cuestionario de treinta preguntas para corroborar nuestra hipótesis de que dichas estrategias de socialización que siguen los padres en el día a día repercuten directamente en que los niños adquieran o no las competencias lingüísticas responsables de la tarea de inventar una historia. De estas sólo siete engendraron respuestas que arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de padres: el de los novatos, intermedios y expertos (Véase Tabla 4). En concreto, los padres de los niños expertos refieren una alta frecuencia de uso de algunas estrategias que no demandaban respuesta concreta por parte del niño: leerle diariamente en voz alta, contarle cuentos o historias, cambiar la voz de los personajes de los cuentos, relacionar lo que dice el niño con lo más complejo que dice el padre y poner en duda sus afirmaciones para que se corrija. Dicha frecuencia es significativamente más alta que la referida por los padres de los niños intermedios y novatos.

Las otras dos estrategias corresponden a dos grupos de variables diferenciadas en el cuestionario: una, la que demanda información concreta mediante preguntas directas y otra, la que constituye la alabanza del padre hacia el esfuerzo del niño que inventa una historia.

Aunque únicamente han resultado significativas siete variables (véase Tabla 4), nuestra investigación abunda en la necesidad de mantener ciertos comportamientos que el sentido común y la tradición pedagógica han considerado adecuados desde antaño: la lectura diaria a los niños y la narración de historias siempre han gozado de predicamento en el ámbito educativo, lo mismo que el método socrático de extraer información de las personas formulando preguntas con habilidad o cuestionando sin sancionar la idoneidad de algo que se dice invitando a la reflexión. Estas prácticas fomentan procesos de regulación conductual que, convenientemente interiorizados, constituirán una apropiada base para el pensamiento autorregulado, autónomo e independiente.

Igualmente resulta llamativo el hecho de que los padres más competentes relacionen lo que cuenta su hijo con lo que piensan ellos –que es más elaborado, naturalmente, como se espera de un adulto–. Asimismo, nuestra investigación corrobora la creencia de que alabar el trabajo de un niño tiene consecuencias positivas, como se desprende del hecho de que los padres de los niños expertos alaban más a sus hijos que los de los intermedios a los suyos y estos, a su vez, más que los de los novatos. Si los padres que alaban a su hijo lo hacen por puro convencimiento de que es justo reconocer el trabajo bien hecho o si quieren así convencerle de que es bien capaz aunque realmente no lo sea, es un asunto bien difícil de aclarar tal vez porque la verdad

se encuentre a medio camino entre ambas posturas. Sea como fuere mantener un alto nivel de expectativas es siempre lo más apropiado si se quiere facilitar el desarrollo integral de las personas aunque el nivel real de competencia no justifique por sí mismo la alabanza.

Las estrategias de socialización que presentamos en el cuestionario a los padres son algunas de las muchas que pueden considerarse relevantes en la génesis y desarrollo de las capacidades lingüísticas infantiles toda vez que la tarea de inventar una historia requiere de una gama diversa de habilidades. De ahí que la mayor dificultad para diseñar el cuestionario radicó sobre todo en rechazar aquellas estrategias lingüísticas que, aunque básicas desde un punto de vista general, no lo fueran tanto para realizar satisfactoriamente la actividad del Tablero de Historias. De aquí se desprende la importancia de llevar a cabo una evaluación contextualizada y basada en un análisis previo de las capacidades implicadas. Por otra parte, debemos insistir en que aunque las capacidades lingüísticas son las que desempeñan la función más importante, en ocasiones, y según el perfil intelectual de cada niño, otras inteligencias no lingüísticas pueden jugar un papel decisivo en el producto final.

Por último, pensamos que la comunidad escolar debe tomar conciencia de la necesidad de explicitar los procesos de enseñanza-aprendizaje que se dan tanto dentro de la escuela como en la familia o en otros contextos, muy especialmente arbitrando medidas que hagan que los diferentes agentes educativos puedan compartir las variadísimas estrategias que todos utilizan en su contacto diario con los niños. Apostamos, en definitiva, por la transformación de la comunidad escolar en comunidad de aprendizaje, donde el conocimiento implícito que padres y educadores poseen –sobre los procesos de andamiaje– se explicita y se comparte para optimizar la formación integral de todos los miembros de la comunidad.

Bibliografía

- Albert, R. (1994): “The contribution of Early Family History to the Achievement of Eminence”, en Colangelo, N. y Assouline, S. (eds.): *Talent Development*, vol. 2, Ohio Psychology Press.
- Amabile, T. M. (1983): *The social psychology of creativity*. Nueva York, Springer Verlag.
- (1990): “Whitin you, without you: the social psychology of creativity, and beyond”, en Runco, M. A. y Albert, R. S. (eds.): *Theories of creativity*. Newbury Park, Sage Publications.
- Bloom, B. (1982): “The role of Gifts and Markers in the Development of Talent”, en *Exceptional Children*, vol. 48, n° 6.
- (1985): *Developing talent in young people*. New York, Ballantine Books.
- Centros de documentación
- Csikszentmihalyi, M. (1988): “Motivation and Creativity: Towards a Synthesis of Structural and Energistic Approaches to cognition”, en *New Ideas in Psychology*, vol. 2, pp. 159-176.
- Feldman, D. H. (1980): *Beyond universals in cognitive development*. Norwood, Ablex Publishing Corporation.

- Fowler, W. (1981): "Case studies of cognitive precocity; the role of exogenous and endogenous stimulation in early mental development", en *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 2, pp. 319-67.
- (1983): *Potentials of Childhood*. Vol. 1: *A Historical View of Early Experience*. Vol. 2: *Studies in Early Developmental Learning*. Lexington, Massachusetts, Heath.
- (1986): "Early experiences of great men and women mathematicians", en *New Directions for Child Development*, vol. 32, pp. 87-109.
- (1990). "Early stimulation and the development of verbal talents", en Howe, M.J.A. (ed.), *Encouraging the Development of Exceptional Abilities and Talents*. Leicester, The British Psychological Society.
- Gardner, H. (1983): *Frames of mind*. New York, Basic Books.
- (1995): *Inteligencia múltiples. La teoría en la práctica*. Barcelona, Paidós.
- (2001): *La inteligencia reformulada*. Paidós-Lawrence Erlbaum Associates.
- (1993): "The relationship between early giftedness and later achievement", en Bock, G.R. y Ackrill, K. (eds.), *CIBA Foundation Symposium*, n° 178: *The Origins and Development of High Ability*. Chichester, Wiley.
- Gardner, H., Feldman, D. H. y Krechevsky, M. (comps.) (2001): *El Proyecto Spectrum*. Tomo III: "Manual de evaluación infantil". Madrid, Morata.
- Goldsmith, L.T. (1987): "Girl prodigies, some evidence and some speculations", en *Roeper Review*, vol. 10, n° 2.
- Rathunde, K. (1989): "The context of optimal experience: an exploratory model of the family", en *New ideas of Psychology*, vol. 7, pp. 91-97.
- Simonton, D. K. (1988a): "Age and outstanding achievement: What do we know after a century of research?", en *Psychological Bulletin*, n° 104, pp. 163-180.
- (1988b): "Creativity, leadership and chance", en Stenberg, R.J. (ed.): *The nature of creativity*. New York, Cambridge University Press.
- Sloane, K.D. (1985): "Home influences on talent development", en Bloom, B.S. (ed.): *Developing Talent in Young People*. New York, Ballantine.
- Soprano, A. M. (2000): "Evaluación del lenguaje oral", en Narbona, J. y Chevie-Muller, C. (eds.): *El lenguaje del niño*. Barcelona, Masson.
- Terman, L.M. (1925): "Mental and Physical Traits of a Thousand Gifted Children", *Genetic Studies of Genius*, vol. 1. Standford, Standford University Press.

RESUMEN:

El apoyo incondicional de los padres a los hijos y el estímulo al aprendizaje constituyen una base sólida sobre la que se asientan los procesos de interacción que se hacen patentes a través de dos formas principales de estimulación: una, sistemática y planificada por los padres y otra, incidental. Aunque teóricamente difieren en múltiples aspectos ambas se valen de estrategias semejantes y utilizan el juego como medio fundamental para desarrollar la capacidad de los hijos. Sea como fuere todo niño acaba familiarizándose con algún dominio de actividad más que con otros, como respuesta a las oportunidades que les brindan los adultos más cercanos. Esto hace que desarrollen su inteligencia ligada al contexto físico y social donde han crecido y que, en consecuencia, aparezcan

en una misma sociedad perfiles cognitivos bien distintos. Aunque todos los seres humanos compartimos rasgos que nos definen como tales, las diferencias entre unos y otros se van acrecentando a medida que avanzamos a lo largo del continuo que define la Teoría No Universal de Feldman (1980) en la que se apoya Gardner para formular su Teoría de las Inteligencias Múltiples (1983).

De los diferentes dominios en los que se manifiestan las inteligencias hemos centrado la atención en uno, el lingüístico y, más concretamente, en la actividad del Tablero de Historias con un objetivo principal: establecer la relación entre la competencia demostrada en la tarea por un grupo de alumnos de seis años y las estrategias de socialización adoptadas por sus padres.

PALABRAS CLAVE:

Ambiente familiar, perfil intelectual, destrezas lingüísticas, teoría de las inteligencias múltiples, apoyo parental, narración de historias, estimulación verbal.

ABSTRACT:

The unconditional support that parents offer their children, and the learning stimuli this provides, form a solid platform for the development of interactive processes. These interactive processes come from two main sources of stimulation; firstly, from the systematic and planned approach of the parents, and secondly, from incidental sources. Theoretically, the stimuli from these two sources are very different from each other but both adopt similar strategies and utilise play as the principal vehicle to develop the child's capabilities. Come what may, as time passes, every child becomes more familiar with one particular environment than with others because of the opportunities offered by their surrounding adult world. The physical and social characteristics of these various environments influence the development of the child's intelligence and, consequently, distinctive cognitive profiles appear within the same society. Although, as human beings, we all share common characteristics, the differences between individuals increase along the continuum defined by Feldman's "Non-Universal Theory" (1980) used by Gardner as a basis for his "Multiple Intelligences Theory" (1983).

Of the various spheres of intelligence we have concentrated our attention on one in particular, namely the linguistic sphere and, more specifically, on Storyboard activity. Our main objective is to establish the relationship between the linguistic competence of a group of six-year-old children at these activities and the social strategy adopted by their parents.

KEYWORDS

Home environment, intellectual profile, linguistic skills, multiple intelligences theory, parental support, storytelling, verbal stimulation.

Alcance del constructo analogía

María Luisa Sanz de Acedo Lizarraga / María Teresa Sanz de Acedo Baquedano*

María Cardelle-Elawar**

La analogía, o el razonamiento analógico, se describe como una forma de inferencia inductiva que ayuda a resolver problemas. Probablemente, muchos de los conflictos de la vida cotidiana se allanan con este heurístico, es decir, aprovechando, por analogía, las soluciones ya conocidas de otros problemas. Como proceso, consiste en extraer de la memoria a largo plazo un conocimiento familiar –fuente o base– capaz de ayudar a comprender otro conocimiento nuevo –objeto o meta– a través de un proceso de transferencia de la información de un dominio a otro.

Para solventar un problema utilizando la analogía se requiere, en primer lugar, buscar y recuperar los análogos potencialmente relevantes que comparten características estructurales y superficiales y después, transferir los componentes de la situación base a la situación objeto y adaptarlos, si es necesario, para generar reglas que puedan aplicarse en la resolución del problema objeto.

Explicaciones sobre la analogía

Los enfoques que han despertado mayor interés en el estudio de la analogía son los siguientes: psicométrico, procesamiento de la información, sintáctico, pragmático y progresivo.

* Universidad Pública de Navarra.

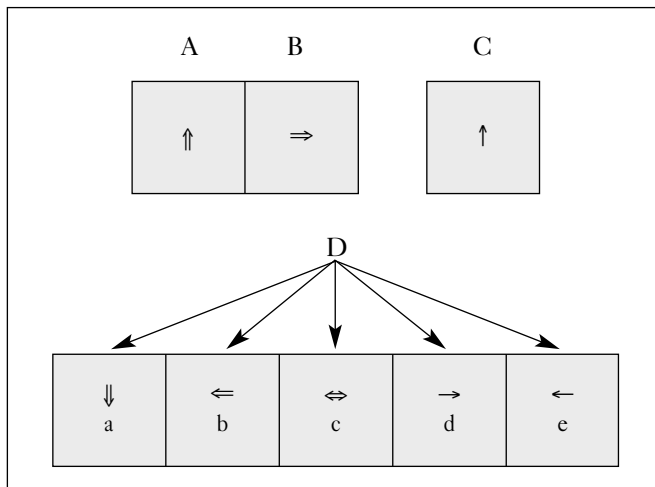
** Arizona State University West, USA.

Psicométrico

El enfoque psicométrico se fundamenta en las tesis de Aristóteles, quien precisó el concepto de analogía como “una igualdad proposicional... que implica al menos cuatro términos: el primero relacionado con el segundo y el tercero, con el cuarto”. Esta conceptualización se centra en la equivalencia existente entre los dos pares de términos que constituyen la analogía. Su fórmula es $A:B::C:D$ y se lee, por ejemplo, “ancho (A) es a estrecho (B) como alto (C) es a bajo (D)”. La conexión existente entre los términos C y D debe ser equivalente a la que mantienen A y B. El principio de similitud, pues, entre los elementos de cada par y de éstos entre sí fundamenta la base teórica de este enfoque.

La analogía, así concebida, se ha utilizado en items que conforman los tests de inteligencia (Spearman, 1923). Las instrucciones de estas pruebas –obsérvese la figura 1– responden al siguiente ejemplo: “la figura A es a la figura B como la figura C es a una de las figuras D. Elige de las figuras D la que tiene la misma correspondencia con la figura C como la que tiene la figura B con la figura A”. El criterio de igualdad de relaciones se acepta generalmente como la clave del razonamiento analógico.

Figura 1
Un ejemplo de razonamiento analógico



Esta interpretación de la analogía no describe los procesos cognitivos que subyacen en la resolución de estos problemas; será la teoría del procesamiento de la información la que abordará esa limitación.

Procesamiento de la información

La perspectiva del procesamiento de la información explica cómo se produce la analogía, es decir, qué procesos participan en su ejecución. Los trabajos experimentales de Sternberg (1977) fueron los que abrieron esta vía de estudio siguiendo el patrón psicométrico (sol:día::luna:noche) y lo interpretaron según la perspectiva cognitiva.

En el razonamiento analógico intervienen los siguientes procesos: a) identificación de atributos, codificación; b) comparación de atributos, inferencia; c) extrapolación, transferencia; d) manejo de reglas, aplicación; e) justificación, nueva comparación; f) respuesta, comunicación.

La *identificación* de atributos supone el proceso de codificación, el cual consiste en percibir, identificar, registrar y almacenar cada elemento del problema, inicialmente en la memoria de trabajo y después en la memoria a largo plazo. En la codificación, todo estímulo se traduce en una representación interna sobre la que pueden realizarse más operaciones. Por ejemplo, en la analogía “abogado es a cliente como médico es a paciente”, la codificación del término “abogado” supone percibir y reconocer que se trata de una persona que presta unos determinados servicios.

De la *comparación* de atributos se infiere una regla, “regla x”, que es la que permite relacionar los dos primeros términos de la analogía, el par A:B. Si se observa la regla descrita en el par comentado puede inferirse que los servicios que presta el “abogado” (término A) los recibe otra persona denominada “cliente” (término B), lo que conjetura que el cliente es la persona a la que el abogado presta sus servicios.

El proceso de *extrapolación* enlaza el término A con el término C de la analogía descubriendo el sujeto que argumenta una “regla y”, de orden superior, que asociada a dichos términos transfiere una relación entre relaciones. La extrapolación se utiliza, en el caso comentado, para reconocer que el tópico de la analogía que enlaza “abogado” con “médico” es “prestador de servicios”.

A la extrapolación sigue el *manejo* de reglas en situaciones nuevas. Consiste en aplicar la regla de orden superior, “regla y”, a otra de orden inferior, “regla x”, con el fin de generar el último término de la serie: aplicar la relación A:C al par de términos C:D. Siguiendo con el ejemplo analizado hasta ahora, consistiría en ver que el paciente es el que recibe los servicios del médico de la misma manera que el cliente recibe los del abogado. Cuando la tarea plantea varias opciones, debe compararse cada una de ellas, verificar si responde a la regla y determinar qué opción se acerca más en su significado al concepto extrapolado. Si el concepto extrapolado es médico, la comparación servirá para determinar cuál de las opciones dentro de una elección múltiple –paciente, enfermo, medicina, etc.– tiene el significado más parecido a paciente.

La *justificación* es un proceso de carácter opcional que se utiliza en el caso de contar con varias alternativas que pueden emparejarse con la regla obtenida. A tal fin, se compara la respuesta elegida con el concepto ideal extrapolado y se determina si correlacionan adecuadamente, así se razonará su selección como la respuesta más correc-

ta. Este proceso culmina con la manifestación de la *respuesta*, realmente visible y formulada por el sujeto.

Según Sternberg, el razonamiento analógico se explica por la combinación aditiva de las operaciones mencionadas. En este modelo, los más importantes son los de inferencia y aplicación. El primero, proporciona una medida de la capacidad del sujeto para averiguar la relación entre los términos “A y B” y el segundo, transfiere esa misma relación a los términos “C y D”. Ambos procesos son indicadores del conocimiento relacional; además, la aplicación lo es también de la similitud relacional.

Esta teoría, si bien propició avances significativos en la comprensión del razonamiento analógico, deja varias incógnitas abiertas. Una de ellas es que no especifica cómo se representan los atributos en la mente; sólo asume que los términos pueden almacenarse en la memoria de trabajo como una lista de pares asociados. El mismo Sternberg reconoce que este tipo de representación no es un aspecto esencial de su modelo, y que cualquier procedimiento puede adaptarse a su esquema. Para otras teorías, sin embargo, la representación es un proceso fundamental.

Por otro lado, la inferencia de las reglas que relacionan los dos primeros términos parece apoyarse en algún tipo de búsqueda a través de un espacio de posibles relaciones y, tal vez, se encuentre limitado por la semejanza parcial entre las representaciones de los dos términos. Con esto se quiere subrayar que para dar cuenta del razonamiento analógico no sólo es necesario conocer los procesos que se encuentran envueltos en él, sino también el tipo de representación sobre el que actúan esos procesos. Los modelos de las analogías proporcionales se inclinan por la especificidad de los procesos a costa de generalizar las representaciones, pero presentan una falta de direccionalidad, a veces compensada por la influencia que ejerce el contexto en la comprensión de la tarea.

Como cierre, puede indicarse que esta perspectiva no contempla otras variables que intervienen en el razonamiento analógico, por ejemplo, los efectos de la semejanza sobre la exactitud de la transferencia analógica, los conocimientos del sujeto y el entorno. Sobre estos aspectos versan las teorías que se analizan en los siguientes apartados.

Sintáctico

El enfoque sintáctico estudia la analogía tal y como sucede en la vida diaria. La tarea de razonamiento analógico no se manifiesta como un conjunto compacto de cuatro términos, sino como una tarea con posibles relaciones entre dos dominios de conocimiento. Gentner (1980, 1989), junto con otros investigadores (Markman y Gentner, 2000), propone una teoría sobre la analogía basada en la extrapolación sintáctica de la estructura representacional del conocimiento entre el dominio fuente y el dominio meta, lo que supone considerar un mismo sistema de relaciones entre los conceptos que componen ambos dominios.

Según esta visión, la analogía envuelve un grupo de subprocesos: a) acceso al conocimiento base; b) extrapolación del conocimiento base al meta; c) evaluación de sus correspondencias; d) almacenamiento de las inferencias obtenidas; e) extracción, en algunas ocasiones, de los aspectos comunes a ambos dominios generando un nivel de abstracción mayor. Pero esta autora y su equipo de trabajo han examinado sobremanera la transferencia estructural entre ambos dominios, que en definitiva es el procedimiento crítico y característico del razonamiento por analogía.

Defienden que lo que se transfiere es un conjunto de relaciones compartidas entre los dominios, no tanto un conjunto de atributos. La extrapolación puede considerarse como un proceso estructural, en el sentido de que los pasos que se proponen son sintácticos, es decir, no dependen del contenido, pues los dominios se corresponden sin necesidad de que sus objetos sean semejantes.

Gentner considera que la transferencia debe tener en cuenta una serie de características internas y externas. Las internas tienen que ver con la: a) claridad, precisión de la correspondencia, tanto en términos de la extrapolación entre un solo objeto y muchos objetos como en el grado de relación heterogénea entre múltiples objetos; b) riqueza, o número de relaciones extrapolables; c) sistematicidad, grado en el que las relaciones extrapoladas participan en relaciones de orden superior; d) abstracción, nivel jerárquico del que se extraen las relaciones extrapoladas. Entre estos cuatro aspectos debe darse un cierto equilibrio, de forma que una analogía efectiva será aquella que tenga claridad, alcance y suficiente abstracción, pero sin excesivas relaciones. Las características externas se refieren a la especificidad, o grado de conocimiento explícito sobre el dominio fuente, a la validez, o comprobación de las relaciones importadas al dominio meta, y al alcance, o aplicación de la analogía fuente a varios dominios meta.

Gentner, pues, enfatiza el criterio estructural en el emparejamiento de relaciones, el cual puede explicar conexiones no esperadas, sorprendentes, incluso contrarias a los propios fines del razonador. Es ventajoso, según esta autora, diseñar modelos de emparejamiento que no dependan de los planes iniciales del sujeto, sino que estén abiertos a la comprensión y al entendimiento de nuevos descubrimientos.

El enfoque sintáctico ha sido bastante criticado. Sus elementos teóricos más débiles son los que se refieren al principio de sistematicidad, pues, aunque se encarga de seleccionar sólo aquellas relaciones que pertenecen a un sistema de relaciones mutuamente interconectadas, no establece con claridad las relaciones a transferir ni la distinción entre analogía y semejanza literal. Puede decirse que el enfoque sintáctico se enmarca mejor en lo que sería un modelo explicativo de la analogía como mecanismo para el aprendizaje de conceptos, que en un modelo pensado básicamente para la solución de problemas.

Pragmático

Desarrollado por Holyoak (1984) y sus colaboradores (Holland, Holyoak, Nisbett y Thagard, 1986), el enfoque pragmático defiende la influencia de las metas del razo-

nador como aspecto determinante en la transferencia de las características del dominio fuente al dominio objeto y desplaza a un nivel secundario las relaciones sintácticas entre ellos.

Propone un conjunto de fases en el razonamiento analógico, que son: a) la construcción de representaciones mentales entre los dominios que recogen sus semejanzas utilizando operaciones cognitivas básicas y superiores; b) la selección del análogo más relevante para el problema objeto; c) la extrapolación de relaciones del dominio fuente al dominio objeto, inicialmente de manera parcial y después, total; d) la generación de nuevas reglas aplicables al objeto para alcanzar su solución; e) la inducción de un punto de vista final más abstracto y completo en las relaciones de los dominios en el que se aprecie la estructura común de ambos problemas.

Como resumen de los planteamientos de la teoría pragmática, puede concluirse diciendo que la solución de problemas por analogía tendría lugar de la siguiente manera: a) la semejanza analógica entre el problema base y el problema objeto se establece a partir de un principio de naturaleza pragmática, las metas del sujeto; b) en la recuperación y en la transferencia del problema base intervienen todas las características compartidas, tanto las superficiales como las estructurales; c) la meta es el criterio clave para seleccionar las características compartidas por el problema objeto y el problema base, las cuales deciden la recuperación de este último; d) la analogía entre los problemas puede establecerse desde cualquier concepto y atributo, pero principalmente a partir de las relaciones; e) el resultado de solucionar el problema objeto puede ser el aprendizaje de una nueva regla general o esquema.

Recientemente, Holyoak y Thagard (1995) orientan sus inquietudes hacia la estructuración y comprobación de la denominada teoría multifuerzas, la cual sostiene que la analogía está guiada por unas fuerzas generales: la similitud entre conceptos en algún nivel de abstracción, sobremanera importante en el paso inicial; el paralelismo estructural entre los papeles que desempeñan los dominios fuente y meta sensibles a la similitud conceptual y, por último, a las metas del razonador. Estas tres fuerzas no operan como reglas rígidas, sino que marcan pasos hacia un pensamiento analógico creativo.

Progresivo

Keane (1985, 1990), con el enfoque progresivo, afirma que en la recuperación y en la extrapolación –que se desarrollan paso a paso, de forma gradual– además de las metas del razonador, intervienen los elementos estructurales y superficiales.

Para que se produzca la transferencia analógica, tal y como la entiende Keane, deben tenerse en cuenta una serie de restricciones en: a) la memoria de trabajo: la cantidad de información que puede mantenerse durante el razonamiento analógico es limitada, es difícil retener numerosos análogos cuando se está seleccionando el mejor; b) el control: los elementos procesados son muchos, por ello la extrapolación se lleva

a cabo paso a paso, a través de incrementos graduales; c) la verificación: comprobación de si la información transferida es apropiada para el dominio objeto; d) la semejanza: es preferible el emparejamiento de elementos idénticos o semánticamente semejantes; e) el pragmatismo, o fines de los sujetos: se seleccionan sólo aquellas partes que se interpretan como más interesantes para su extrapolación; f) la estructura: el isomorfismo es la mejor relación y origina una extrapolación uno a uno entre dos dominios, si bien pueden darse emparejamientos de diferentes tipos de relaciones entre esos dominios. Estas restricciones permiten que determinados tipos de emparejamientos innecesarios no se lleven a cabo y, a más de esto, permite elegir el mejor.

En la conclusión de este epígrafe podría señalarse que cada perspectiva estudiada se ha configurado a partir de las críticas efectuadas sobre los modelos anteriores. Actualmente en el campo de la analogía, entendida como mecanismo de solución de problemas o adquisición de nuevos conocimientos, no se cuenta con una teoría única unánimemente aceptada. Resulta, pues, conveniente, apostar por una teoría integradora que contemple de forma organizada al resto de ellas, particularmente a las más innovadoras. Quizá los resultados que se obtengan de la simulación de las teorías en el ordenador, utilizando modelos conexionistas, puedan aportar algo de luz a la necesidad de integrar postulados teóricos y explicar con mayor certeza los resultados de la investigación.

Analogía, memoria y aprendizaje

Los estudios vigentes sobre la analogía la relacionan de manera especial con la memoria y el aprendizaje, si bien es verdad que estas relaciones son muy distintas entre sí. La memoria es un mecanismo esencial en la recuperación del análogo, y el aprendizaje es una meta de la analogía, pues beneficia la comprensión y el cambio conceptual.

Analogía y memoria

Uno de los primeros supuestos que la psicología cognitiva formuló sobre la memoria es el modelo multialmacén. Este prototipo, de naturaleza más bien estática y estructural, entiende la memoria asociada a espacios físicos –memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo– que codifican, almacenan, retienen y recuperan la información (Atkinson y Shiffrin, 1968). Con el tiempo, este esquema se enriquece con el concepto de memoria de trabajo –responsable del almacenamiento y del procesamiento temporal de la información– mucho más dinámico e interactivo que el de la memoria a corto plazo. Diferente, o complementario al anterior, es el modelo constructivista, el cual considera la memoria como una secuencia de procesos que

ayuda a recuperar la información almacenada en diferentes niveles de profundidad, que van desde lo sensorial periférico hasta lo semántico significativo, vinculado este último con una mayor elaboración, persistencia, fuerza de la huella mnémica y probabilidad de recuerdo (Metcalf, 1990).

Existen abundantes pruebas empíricas que demuestran las bondades y limitaciones de estas dos interpretaciones de la memoria. Dejando para otro momento sus limitaciones, respecto a sus bondades puede decirse que han originado micromodelos específicos sobre determinados tipos de memoria, declarativa o procedimental. La memoria declarativa recuerda conocimientos teóricos (semántica) y sucesos de la vida (episódica) y la procedimental recuerda cómo se ejecutan las actividades, por ejemplo, motoras y perceptivas. Los estudios sobre el modelo multialmacén se centran en el listado de palabras, de números, de dibujos, etc.; los del modelo constructivista, sobre historias naturales y situaciones complejas de la vida real. Ambas metáforas han contribuido notablemente a la comprensión de la memoria humana y de otros muchos procesos, y de alguna manera se siguen utilizando en la actualidad.

Mas la cuestión que nos importa es, ¿qué punto de vista sobre la memoria es el más útil para establecer correspondencias entre los análogos? Los modelos actuales de la memoria, tales como los computacionales, utilizan el enfoque multialmacén y el constructivista, pero la mayoría de los autores se inclinan más por el segundo. Así, Kokinov y Petrov (2001) afirman que la memoria constructiva es la que mejor se relaciona con el razonamiento analógico puesto que la búsqueda del análogo base –el corazón de la analogía– siempre es una situación compleja que poco tiene que ver con la recuperación de un listado de palabras o de números, más propia del modelo multialmacén.

El enfoque constructivista destaca que el entorno desempeña un papel relevante en la capacidad para reconocer y recodar objetos, eventos y conceptos; no se evocan las cosas exactamente igual a lo sucedido o aprendido, sino que se ajusta activamente el contenido (para una revisión del tema véase Davies y Thomson, 1988). Si bien algunos detalles se mencionan en ciertas ocasiones, lo normal es que las personas omitan, mezclen e incorporen objetos, sucesos e ideas, por lo que la recuperación de la información es parcial, lo cual incide en el establecimiento de correspondencias entre el problema base y el problema objeto. Es la información esencial contenida en los esquemas la que restaura los acontecimientos y los conocimientos previos, apareciendo una nueva organización de la misma.

Ya se ha dicho que el razonamiento analógico es una vía útil para intentar que la adquisición de nuevos conocimientos se vaya desarrollando sobre la recuperación de aquello que ya se ha aprendido; en consecuencia, puede aceptarse que la analogía y la memoria se refuerzan mutuamente. En efecto, la analogía contribuye a que la información sea más asequible ampliando el esquema que se tiene de los conceptos, pues permite una recuperación más completa de la información relacional necesaria para extraer una inferencia adecuada. Así lo aseguran diversos trabajos experimentales demostrando que la analogía favorece la asociación de textos enmarcados en do-

minios no familiares para el sujeto. La analogía puede ser considerada, por lo tanto, como un mecanismo potencial para mejorar la memoria.

Si la esencia de la analogía es recurrir a los conocimientos previos para resolver problemas nuevos, la memoria tiene mucho que aportar en este mecanismo. Esos conocimientos deben ser activados de una manera selectiva para que la recuperación sea válida; no interesa rescatarlos en su totalidad. Luego el papel de la memoria es todavía más relevante, de ahí que se sigan investigando las interfases entre la analogía y la memoria.

Analogía y aprendizaje

La relación entre el razonamiento analógico y el aprendizaje ha quedado confirmada en numerosas investigaciones. Prueban, entre otras cosas, que el uso de la analogía en la enseñanza ayuda en la adquisición, comprensión y retención de los contenidos asimilados al desarrollar nuevas estructuras de conocimiento basadas en conceptos familiares; concretamente, permite que los estudiantes elaboren representaciones mentales de los conceptos nuevos, conformando un modelo de aprendizaje funcional y constructivista. De esa manera, se adquirieren conocimientos, se completan los ya logrados y se corrigen muchos errores.

Según Glynn, Britton, Semrund-Clikeman y Muth (1989), el propósito de la analogía, normalmente, es crear y explicar. Cuando el objetivo es la creación, lo importante son los productos antes que sus características. La analogía conecta con la esencia de la creatividad humana cuando ayuda a detectar problemas, generar hipótesis sobre ellos y resolverlos. Se sabe que ha estado presente en relevantes descubrimientos científicos, por ejemplo, Poincaré destacó el papel creativo que desempeña la analogía en la teoría del desarrollo de las matemáticas.

La analogía también desempeña una función explicativa favorecedora del proceso enseñanza/aprendizaje. Ahora bien, para que cumpla tal fin, entre otras particularidades, debe: a) presentar los conceptos del dominio objeto; b) recuperar el conocimiento del dominio fuente; c) identificar y extrapolar las características semejantes entre ambos dominios; d) aportar diagramas que ayuden a la identificación y extrapolación; e) modificar errores conceptuales, si los hubiere; f) indicar posibles situaciones en las que la analogía no es aplicable.

Halford (1993) considera que los factores que influyen en la adquisición de conocimientos por medio de la analogía son básicamente los mismos que intervienen en la solución de problemas, pero con algunas matizaciones. En primer lugar, la semejanza superficial, si bien puede ayudar a la recuperación, no es un factor esencial, ya que sin ella se consiguen analogías muy válidas entre dominios diferentes. Holyoak y Koh (1987) probaron que la transferencia analógica queda afectada por la semejanza superficial y estructural si no se aportan pistas de recuperación, y si se aportan, solamente influye la semejanza estructural. Otros factores especialmente relevantes

son el nivel de experiencia y el nivel de conocimiento que poseen los sujetos: los expertos son más independientes ante la analogía que los novatos y se benefician más de ella porque les cuesta menos relacionar sus conocimientos con el dominio objeto.

Reseña Halford las ventajas que presenta la analogía en el aprendizaje: a) reduce el esfuerzo en el estudio al servir de ayuda a la memoria; b) es un medio adecuado para comprobar lo aprendido; c) incrementa la flexibilidad del pensamiento; d) facilita la recuperación de la información; e) favorece la transferencia entre las situaciones y las tareas; f) indirectamente, facilita el paso hacia niveles más altos de abstracción; g) desarrolla nuevas estructuras de conocimiento; h) estimula el uso de la creatividad en el aprendizaje.

No obstante, el razonamiento analógico es para algunos autores un arma de doble filo que provoca tanto transferencias positivas como negativas. Sin embargo, cuando el profesor desarrolla bien su instrucción y el estudiante regula su aprendizaje consciente de sus limitaciones, la integración en su marco conceptual de la nueva información así conseguida resulta siempre un proceso enriquecedor y motivador.

Pero a veces, los estudiantes no entienden las analogías porque se enfrentan a conceptos que no poseen o a dominios fuente mal asentados. De ahí que la simple presentación de analogías no es suficiente; serán pedagógicamente efectivas cuando se prepare al estudiante para aceptar que dos sistemas de conocimiento pueden ser semejantes en sus aspectos fundamentales. Las teorías deben profundizar más en este aspecto, y Vosniadou (1992) matiza esta cuestión diciendo que es sumamente importante que el conocimiento previo esté organizado de forma flexible, y de este modo nos recuerda que la naturaleza de las representaciones puede cambiar con la experiencia.

La instrucción por analogía apoya también el cambio conceptual, toda vez que permite determinar los límites entre las semejanzas de las situaciones haciendo más selectiva la transferencia entre ellas. Trabajos como los de Mason (1995) destacan que para que se produzca el cambio conceptual se requieren habilidades cognitivas y metacognitivas, puesto que el alumno debe tomar conciencia de la insuficiencia de las ideas que posee, sentirse insatisfecho con ellas y valorar la utilidad de las nuevas.

Mason estudió el aprendizaje de conceptos complejos empleando analogías, concretamente referidos al sistema nervioso, al proceso de la fotosíntesis, a la corriente eléctrica y a la temperatura. Para este autor, los conocimientos previos permiten elaborar marcos teóricos alternativos, y si son los mismos aprendices los que elaboran la analogía e identifican las correspondencias mejoran la comprensión y el recuerdo.

El razonamiento analógico es, en resumen, un proceso de adquisición de nuevos conceptos y de cambio de los que ya se posee que favorece la estructuración del conocimiento para hacerlo más comprensible, accesible, flexible y transferible (Markman y Gentner, 2000). Si la aspiración de la educación es suministrar estrategias que permitan a los estudiantes confrontar sus conocimientos en diferentes situaciones para construir rutas significativas, puede decirse que la analogía es una de las estrategias cognitivas más eficiente.

A modo de conclusión

Puede finalizarse este trabajo reconociendo el papel fundamental que el razonamiento analógico ha tenido y tiene en la resolución de problemas, en el aprendizaje y en los descubrimientos. Supone aplicar una información conocida a una situación nueva examinando detalladamente qué aspectos de la información previa son relevantes para transferirlos a la situación nueva y lograr así la meta deseada. Los autores, en general, sostienen que la transferencia se fundamenta en similitudes superficiales (atributos) y estructurales (relaciones).

Cada una de las diferentes teorías comentadas añade un aspecto diferente a la comprensión del difícil fenómeno de la analogía. La psicométrica propone una fórmula de relaciones; el procesamiento de la información identifica los procesos cognitivos y las relaciones pertinentes para resolver tareas analógicas; la sintáctica considera que se deben transferir las estructuras formales que tienen en común los dos dominios; la pragmática destaca que en la selección de los elementos y de las relaciones que se transfieren desempeñan un papel importante las metas del razonador; la progresiva, sintetizando las dos últimas posturas, establece un proceso de transferencia de estructuras profundas y superficiales a la vez teniendo en cuenta los fines y las capacidades del sujeto.

En la actualidad, los avances teóricos sobre la analogía dependen en parte de los resultados que se vayan obteniendo con los programas de ordenador. Es normal que sea así, pues muchos adelantos científicos sobre los procesos cognitivos se han conseguido con simulaciones en el mismo. Las teorías sobre la analogía, en consecuencia, buscan incorporar a sus principios los métodos conexionistas, pero todavía sus logros son un tanto incipientes.

Se ha visto que la memoria desempeña un papel fundamental en los procesos que subyacen en la analogía, y que este proceso es muy sensible a las variables del entorno. La analogía requiere tanto de una explicación estructural de la memoria como de una explicación procesual o dinámica de la misma, puesto que el sujeto tiene que recuperar procedimientos aplicados con anterioridad y, a su vez, descubrir relaciones originales que le ayuden a resolver el problema.

Igualmente, se ha analizado la relación tan estrecha que existe entre la analogía y el aprendizaje. Mucho se ha trabajado para lograr que el aprendizaje deje de ser memorístico y sea más significativo de modo que el estudiante construya relaciones entre sus experiencias, conceptos, esquemas y principios de orden superior. El razonamiento analógico contribuye notablemente a esta meta educativa puesto que favorece el desarrollo del proceso de adquisición de nuevos conocimientos sobre la base de aquello que ya se ha aprendido.

Ahora bien, todas estas posibilidades que otorgan los autores a la analogía –recuperación de información, transferencia, solución de problemas y comprensión de la información– no se producen de una manera rígida, sino que requieren en muchos momentos de la creatividad del sujeto que argumenta. Se espera que este trabajo so-

bre la analogía estimule en el lector la creación de analogías originales que le ayuden a resolver algunos problemas de su vida social y personal.

Cabe indicar que la analogía implica ir más allá de los atributos superficiales de los dos dominios y reconocer las relaciones estructurales entre ellos. Este tipo de pensamiento es una herramienta mental eficaz, porque con él se seleccionan, recuperan y transfieren los conocimientos que, una vez evaluados y adaptados, ayudan a resolver los problema, y porque sus explicaciones teóricas responden a los interrogantes que plantea cada uno de los procesos anteriormente mencionados. El razonamiento analógico, pues, desempeña diferentes papeles en el sistema cognitivo humano: en las tareas de lenguaje, para favorecer la comprensión; en las tareas de aprendizaje, para adquirir nuevos conceptos; en las tareas de creatividad, para generar nuevas ideas y en las tareas de razonamiento, para resolver problemas.

Bibliografía

- Atkinson, R.C. y Shiffrin, R.M. (1968): "Human memory: A proposed system and its control processes", en K.W. Spensen & J.T. Spence (eds.), *The psychology of learning and motivation*. New York, Academic Press, pp. 93-148.
- Davies, G. y Thomson, D. (1988): *Memory in context: Context in memory*. Chichester, John Wiley and Sons.
- Gentner, D. (1980): *The structure of analogical models in science*. Cambridge, Bolt Beranek and Newman.
- (1989): "The mechanisms of analogical learning", en S. Vosniadou & A. Ortony (eds.), *Similarity and analogical reasoning* (pp. 199-241). Cambridge, Cambridge University Press.
- Glynn, S.M., Britton, B.K., Semrund-Clikeman, M. y Muth, K.D. (1989): "Analogical reasoning and problem-solving in science textbooks", en J.A. Glover, R.R. Ronning, & C.R. Reynolds (eds.), *Handbook of Creativity: Assessment, Research and Theory*. New York, Plenum Press, pp. 383-898.
- Halford, G.S. (1993): *Children's Understanding. The Development of Mental Models*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Holland, J.H., Holyoak, K.J., Nisbett, R.E. y Thagard, P.R. (1986): *Induction. Processes of inference, learning, and discovery*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Holyoak, K.J. (1984): "Analogical thinking and human intelligence", en R.J. Sternberg (ed.), *Advances in the psychology of human intelligence*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, vol. 2, pp. 199-230.
- Holyoak, K.J. y Koh, K. (1987): "Surface and structural similarity in analogical transfer", *Memory and Cognition*, 15(4), 332-340.
- Holyoak, K.J. y Thagard, P.R. (1995): *Mental leaps*. Cambridge, MIT Press.
- Keane, M.T.G. (1985): "On drawing analogies when solving problems: A theory and test of solution generation in an analogical problem-solving task", *British Journal of Psychology*, 76, 449-458.
- (1990): "Incremental analogizing: Theory and model", en K.J. Gilhooly, M.T.G. Keane, R.H. Logie & G. Erdos (eds.), *Lines of thinking: Reflections on the psychology of thought*. New York, Wiley & Sons, vol. 1, pp. 221-235.

- Kokinov, B.N. y Petrov, A.A. (2001): "Integrating memory and reasoning in analogy-making: the AMBR model", en D. Gentner, K.J. Holyoak & B.N. Kokinov (eds.), *The analogical mind*. Cambridge, MIT Press, pp. 59-124.
- Markman, A.B. y Gentner, D. (2000): "Structure mapping in the comparison process", *American Journal of Psychology*, 113 (4), 501-538.
- Mason, L. (1995): *Does the Use of Analogies contribute to Conceptual Change? Reflections on Cognitive and Metacognitive Aspects*. Informe interno del Departamento de Ciencias de la Educación. Università di Padova.
- Metcalfe, J. (1990): "Composite holographic associative recall model (CHARM) and blended memories in eyewitness testimony", *Journal of Experimental Psychology General*, 119, 145-160.
- Spearman, C.E. (1923): *The Nature of Intelligence and the Principles of Cognition*. London, McMillan.
- Sternberg, R.J. (1977): *Intelligence, information processing and analogical reasoning: The componential analysis of human abilities*. Hillsdale, N.J. Erlbaum.
- Vosniadou, S. (1992): "Knowledge acquisition and conceptual change", *Applied Psychology: An International Journal*, 41, 347-357.

RESUMEN:

La analogía es un tipo de razonamiento inductivo y también una estrategia cognitiva o un procedimiento eficaz para descubrir y resolver problemas abiertos, evaluar hipótesis, generar nuevas ideas y comprender y asimilar contenidos de aprendizaje. La importancia de este constructo se constata en la historia de los descubrimientos científicos, y muchos estudios clásicos son el resultado de saberlo utilizar. Las teorías que explican la analogía identifican las operaciones mentales necesarias para recuperar el análogo, precisan las fases de este procedimiento, estudian los atributos que sustentan las relaciones entre análogos y valoran el papel de las metas personales en la culminación de este proceso. En este artículo, además de analizar el constructo analógico, también se lo relaciona con los procesos psicológicos de la memoria y del aprendizaje.

ABSTRACT:

The analogy is a type of inductive reasoning and also a cognitive strategy or an effective procedure to discover and to solve opened problems, to evaluate hypothesis, to generate new ideas and to understand and to assimilate contents of learning. The importance of this construct is stated in the history of the scientific discoveries, and many classic studies are the result of being able to use it. The theories that explain the analogy identify the mental necessary operations to recover the analogous one, add the phases of this procedure, study the attributes that sustain the relations between analogous and value the paper of the personal goals for the culmination of this process. In this study, beside analyzing the analogical construct, also it is related with psychological processes of memory and learning.

Aportaciones de la psicología clínica en el campo de la rehabilitación psicosocial

Margarita Zabala Baquedano* / Emilio Garrido-Landívar**

1. Introducción

1.1. Rehabilitación psicosocial

Hoy en día la **Rehabilitación psicosocial** es el modelo de intervención más utilizado para los trastornos mentales graves, término más preciso, a mi modo de ver que el que se utilizaba con anterioridad: rehabilitación psiquiátrica.

Aquí, como casi siempre, las palabras tienen una enorme significación, ya que psicosocial describe mucho más adecuadamente el trabajo de una gran variedad de profesionales, entre los que se incluyen los psicólogos clínicos, los trabajadores sociales, los terapeutas ocupacionales, etc., los cuales han ido desarrollando desde hace años un importante trabajo con pacientes psiquiátricos graves.

De otro lado la palabra psicosocial pone el acento en unas condiciones sociales determinadas que como esta investigación pretende mostrar, van a tener una importancia capital sobre la enfermedad mental.

Antony y cols. (1986), definen la rehabilitación psicosocial como un tratamiento que adiestra a los individuos con trastornos mentales crónicos en las habilidades físicas, emocionales e intelectuales necesarias para vivir aprender y trabajar en su propio y particular ambiente.

La rehabilitación psicosocial se diseña con el fin de reducir la intensidad y frecuencia de los episodios de enfermedad, primero, incrementando la competencia de las respuestas de manejo del propio individuo, y, segundo, reduciendo el número y

* Psicóloga especialista. Directora de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial del Hospital de Navarra.

** Universidad Pública de Navarra.

el grado de dificultad de las demandas del ambiente, así como aumentando el apoyo social del individuo (Lieberman y Evans, 1985).

Lieberman (1986^a) desarrolla un modelo multifactorial de los trastornos mentales crónicos y sus incapacidades, basándose fundamentalmente en la hipótesis de la vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977) y en el modelo del procesamiento de la información (Nuechterlein y Dawson, 1984).

Siguiendo a Lieberman (1993)¹, la enfermedad mental es la resultante de una **patología** que se puede definir como una lesión o anomalía causada por agentes o procesos etiológico, no suficientemente conocidos. Un **deterioro** o efecto producido por dicha patología, y unas **discapacidades**, restricciones o falta de habilidades para desarrollar una actividad, producidas por el deterioro. Todo lo cual produciría una **minusvalía**, o desventaja con la que cuenta un individuo afectado para el desempeño de un “rol social normal”.

La rehabilitación psicosocial integra diversos aspectos conductuales y vivenciales del enfermo mental, pero concede una especial importancia al **ajuste social**, al tomar conciencia de que pacientes recuperados, que podían tener ausencia de síntomas, o sólo síntomas residuales, seguían presentando diferentes grados de defecto en la ejecución de los roles sociales

“A partir de la aparición e implantación de la medicación neuroléptica en el tratamiento de la enfermedad mental en la década de los años cincuenta y sesenta se concedió un interés sin precedentes, en el ajuste social y comunitario de los pacientes psiquiátricos. Lo cual requirió nuevas medidas de enfermedad, esto es, el ajuste social, además de las que evaluaban síntomas y signos de enfermedad” (Fernández de Larrinoa y cols., 2000)².

El ajuste social es el reflejo de las interacciones del paciente con otros, satisfacción y desempeño en los diversos roles, que dependen mucho de la personalidad previa, la cultura y las expectativas familiares. La desaparición de síntomas no garantiza una vuelta inmediata al nivel premórbido de funcionamiento social; Por el contrario en muchos pacientes persiste el desajuste familiar, social o laboral, aún cuando no existen síntomas activos de la enfermedad psíquica (Barnes y cols, 1983).

1.2. El papel del psicólogo clínico en el campo de la rehabilitación psicosocial

Un tratamiento psicológico (Labrador, J., *et al.* 2001) es una intervención profesional basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico. Un psicólogo clínico está especialmente preparado para eliminar o mitigar el sufrimiento de otra persona y ense-

1. Lieberman (1993): *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*.
2. Bulbena y cols. (2000): *Medición clínica en psiquiatría y psicología*.

ñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana.

Legalmente pueden realizar un tratamiento psicológico tanto los psiquiatras como los psicólogos. Los primeros tienen mayor formación biológica debido a su formación en medicina; los psicólogos están fundamentalmente entrenados en técnicas psicológicas y de intervención, amén de disponer también de formación biológica.

En el tratamiento de las enfermedades mentales graves son adecuados y necesarios los dos tipos de especialistas, ya que se trata de patologías graves, pero que conllevan graves repercusiones psicológicas y sociales para quien las padece y para los familiares.

Según recoge un documento informativo del Colegio Oficial de Psicólogos sobre el campo de acción de la psicología clínica³, la actividad del psicólogo clínico “ha de ser entendida como intervención más que como tratamiento, en el sentido estricto. Se trata en este caso, de un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema (previamente identificado y analizado) de forma indirecta”.

La intervención psicológica debe intentar identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad: diagnóstico, curso, tratamiento y recuperación.

Por tanto el psicólogo clínico se ocupa de una forma indirecta del impacto que causa la enfermedad, minimizando los daños que la misma haya podido causar. Por otro lado trata de devolver confianza y seguridad en una persona que ha sufrido un fuerte impacto emocional debido a las vivencias que conlleva la enfermedad. Recuperar la autoestima dañada, adecuar las expectativas a la realidad, aumentar la confianza en las propias capacidades es parte del trabajo que realiza el psicólogo clínico en el campo de la rehabilitación psicosocial.

“...Hay que considerar el impacto que los síntomas tienen sobre la persona afectada, ya que es fundamental preservar el concepto de persona ante la invasión de los síntomas y educarla en la identificación y afrontamiento de estos. La desconcertante y muchas veces terrible experiencia de experimentar alucinaciones, robo de pensamiento, o elaborar explicaciones que no son consideradas por los demás como válidas, menoscaba el psiquismo del afectado y puede ser un mecanismo de automantenimiento de los síntomas, o ser fuente de nueva sintomatología” (Rebolledo y Lobato, 1996)⁴.

1.3. La Clínica de Rehabilitación (C. de R.)

En nuestra Comunidad, la Rehabilitación psicosocial se aplica de forma intensiva en la clínica de rehabilitación de salud mental, que viene funcionando, en sus actuales dependencias del Centro Psiquiátrico San Francisco Javier, desde enero de 2001.

3. COP: Documento de la psicología clínica y de la Salud (2003).

4. Caballo (dir.) (1997): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1.

1.3.1. *Características*

La Clínica de Rehabilitación es un recurso asistencial para personas con problemas de Salud mental severos. Es un Centro integrado en la Red de Salud Mental, del Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea.

Tiene como objetivos, incrementar la competencia de los pacientes y sus familias para afrontar la enfermedad y sus consecuencias, y adaptarse mejor a su medio, reduciendo, por tanto, el riesgo de recaídas.

Cuenta con un número amplio de profesionales de la Salud Mental que llevan a cabo una labor de Equipo: (3 psicólogos, 1 psiquiatra, 1 trabajadora social, 4 enfermeras, 1 terapeuta ocupacional, 1 monitor de ocio y tiempo libre, 17 auxiliares de clínica, 1 administrativa y 2 celadoras.)

Según recoge el Documento Base de la Clínica de Rehabilitación⁵, “los procedimientos específicos serán de naturaleza preferentemente psicosocial”. Por esta razón se ha dotado a la C. De R., de un elevado número de profesionales psicólogos, quienes realizarán tratamientos específicos, y coordinarán las intervenciones de los demás profesionales.

1.3.2. *Programas de Intervención*

En cuanto a los Programas de Intervención La Clínica de Rehabilitación aplica una serie de Programas que se ajustan a las necesidades de los enfermos con trastornos mentales graves:

- Programas psicoeducativos de conciencia de enfermedad
- Rehabilitación Cognitiva
- Seguimiento individual de la sintomatología
- Habilidades de la Vida Diaria
- Habilidades Sociales
- Programas de Integración Social
- Educación Para el Ocio
- Programa de entrenamiento en Habilidades Pre-laborales
- Programas psicoeducativos sobre la enfermedad con familiares. Mejora de la comunicación y resolución de problemas.
- Preparación para el alta

Los Programas de Intervención se aplican en diferentes formatos:

- Programa de hospitalización total
- Programa de hospitalización parcial
- Programa de Seguimiento para pacientes desinstitucionalizados.

5. Documento Base de la Clínica de Rehabilitación (2001): Subdirección de Salud Mental.

2. Descripción del estudio

2.1. Objetivos

Después de algo más de dos años desde la puesta en marcha de la Clínica se hace necesario diseñar una **revisión de las características de los pacientes** que venimos atendiendo con el fin de conocerlos y ajustar al máximo nuestras intervenciones; Al hilo de nuestro primer objetivo, se pretende también, la **observación sistemática de los procedimientos de recogida de información, clínica y social**, para ello, realizaremos una evaluación crítica sobre las historias clínicas y los informes de evaluación de los pacientes.

Nos interesa, de manera especial, realizar una **valoración interna sobre la calidad asistencial de nuestros procedimientos de intervención**, destacando, en especial la variable clínica: **Conciencia de Enfermedad**, por lo que realizamos una valoración de la misma al ingreso y al alta.

Iniciamos este estudio con el deseo de poderlo continuar posteriormente con procedimientos más estandarizados y objetivables, que no están en estos momentos a nuestro alcance.

Partimos de la hipótesis inicial de que los pacientes mejoran en aspectos sociales y clínicos, tras su paso por un Programa de Rehabilitación psicosocial en el centro, ya que esa es la “impresión subjetiva” que tenemos como clínicos.

2.2. Procedimientos

Se procede a la revisión sistemática de las 72 historias clínicas, correspondientes a la totalidad de pacientes dados de alta desde la puesta en marcha de la Clínica en enero de 01, hasta abril de 03, fecha en que finaliza la recogida de datos.

La metodología es de observación clínica, fundamentalmente, ya que el interés principal de este estudio es el conocimiento clínico de los pacientes. Las pruebas estadísticas aportan precisión en la sistematización de las observaciones, pero están siempre supeditadas a la metodología clínica.

Los datos se han explotado con el Programa estadístico SPSS para Windows. Se determinan las frecuencias y las medidas de tendencia central.

Se ha utilizado la prueba χ^2 cuadrado para valorar la asociación entre variables cualitativas, y la correlación de Spearman para las variables cuantitativas.

Las variables seleccionada se podrían agrupar de la siguiente forma:

- Variables sociodemográficas
- Variables clínicas
- Variables contextuales
- Variables de alta

La variable **Conciencia de Enfermedad** se valora como:

- **Buena**, sí:
- Conoce y acepta el diagnóstico
- Conoce los síntomas de su enfermedad y los identifica como tales
- Conoce las causas de su enfermedad
- **Parcial** si responde sólo en parte a la descripción de arriba.
- **No tiene**, en el caso de que no conozca ni acepte ningún aspecto.

La variable Grado de **Adherencia al tratamiento** se valora como:

- **Alto**: toman la medicación correctamente y de manera autónoma
- **Moderado**: no siempre la toman correctamente, algunas veces la abandonan. Necesitan algún tipo de supervisión.
- **Escaso**: Tienden a abandonar la medicación. Necesitan supervisión para la toma adecuada.
- **Nulo**: rechazan tomar la medicación.

La variable **Dispone de Informes de Evaluación** se valora como:

- **Evaluación completa**: Evaluación psicológica, psiquiátrica, social, de enfermedad de habilidades y destrezas y de ocio y tiempo libre.
- **Evaluación parcial**: algunas pero no todas las distintas evaluaciones.
- **No dispone**: Evaluación insuficiente.

La variable **Situación al alta** se valora como:

- **Muy mejorado**: Mejorado en aspectos clínicos y sociales.
- **Mejorado**: mejora solo en un aspecto, clínico o social.
- **Ligeramente mejorado**: mejoría en algún aspecto puntual.
- **Empeorado**: Se le valora clínicamente peor que al ingreso.
- **Sin cambios**: no hay cambios en ningún aspecto.

3. Resultados

3.1. Perfil-tipo de los pacientes de la C. de R

3.1.1. *En cuanto a las variables sociodemográficas*

Sexo	
<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
59,7%	40,3%

Edad

Media 42, 63 años

Rango: 21-74

<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
41,60	44,14
Rango: 21-74	Rango: 23-66

Intervalos de Edad

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
18-25	6,9%	16,3%
26-35	20,7%	27,9%
36-50	37,9%	27,9%
51-65	31,0%	16,3%
66 y más	3,4%	11,6%

El mayor nº de pacientes son **hombres, de mediana edad**, aunque hay una gran variabilidad en la edad.

Estado civil

• Solteros	73,3%
• Casados, separados, viudos	26,7%

Procedencia		Tipo de convivencia		Relación con la persona responsable	
• Navarra	79,2%	• En familia	65,3%	para el responsable el paciente es:	
• Otras Comunidades	20,8%	– Fam. de Origen	43,1%	• Hijo/a	41,7%
• Extranjeros	0%	– Fam. Propia	22,2%	• Hermano/a	26,4%
		• Solos	18,1%	• Cónyuge	18,1%
		• En patrona	8,3%	• Madre/padre	4,2%
		• Piso compartido	4,2%	• Otros	5,6%
		• Otros	4,2%	• No hay responsable	4,2%

La mayor parte **residen** en la Comunidad Foral. La mayoría son **solteros**, entre los casados, la mayor parte son mujeres. Conviven con la **familia**, casi siempre la de origen. Las personas responsables son casi siempre familiares, fundamentalmente los padres.

Han estado/ están en Centros Ocupacionales		Situación laboral y prestaciones actuales		Nivel de escolarización	
• NO	66,7%	• Pensionista	82,4%	• Primaria incompleta	27,8%
• Sí	33,3%	– Por invalidez	36,1%	• Primaria completa	18,1%
– Aranzadi	15,3%	– No contrib. y/o asist.	30,6%	• Secundaria incomp.	23,6%
– Otros	8,3%	– Otras	16,7%	• Secundaria comp.	12,5%
– Talluntxe	4,2%	• Sin subsidio	9,7%	• Superiores incomplet.	12,5%
– Tasubinsa	2,8%	– Ama de casa	6,9%	• Superiores complet.	5,6%
– Cáritas	2,8%	– En paro	2,8%		
		• De baja	5,6%		
		• Con trabajo remunerado	1,4%		

Precisan supervisión económica		Situación jurídica		Pacientes con procesos judiciales	
• Precisan	66,7%	• No incapacitados	93%	• NO	97,2%
• No precisan	33,3%	• Incapacitados	7%	• Sí	2,8%

El nivel de **escolarización** es medio-bajo. Casi todos son **pensionistas**. Situación jurídica de **pleno derecho**. Muy pocos han tenido problemas penales. Un nº importante, sobre todo, entre los varones jóvenes han estado o están en **Centros Ocupacionales**. La mayoría precisa **supervisión económica**.

3.1.2. *En cuanto a las variables clínicas*

Diagnóstico actual		Edad inicio enfermedad (años)		Nº total de diagnósticos diferentes	
• Esquizofrenia	63,9%	• Media	23,49 años	• Mediana	2
• Otros	12,5%	– Media H	22,84 años	• Rango	0-8
• Trast. Esquizoafectivo	11,1%	– Media M	24,45 años		
• Trast. Bipolar	9,7%	• Rango	10-52		
• Trast. Depresivo-Rec.	2,8%				

Retraso mental		Intentos autolíticos		Ideación suicida	
• NO	86,1%	• Ninguno	73,6%	• NO	63,9%
• Sí	13,9%	• Algún intento	26,4%	• Sí	36,1%

Antecedentes familiares		Años de evolución de la enfermedad		Conciencia de Enfermedad al ingreso	
• Sí	63,9%	• Media	19,33 años	• Parcial	62,5%
• NO	36,1%	• Rango:	2-58	• No C. De E.	29,2%
				• Buena C. De E.	8,3%

Nº de ingresos		Convivencia con otros enfermos mentales		Consumo actual de tóxicos	
• Media	6,64	• NO	70,8%	• No	68,1%
• Rango:	1-20	• Sí	29,2%	• Sí	31,9%
		– Familiares	18,1%		
		– No familiares	1,1%		

Dispone de informes de evaluación		Grado de Adherencia al tratamiento	
• Eval. Completa	65,3%	• Escaso	50%
• Eval. Parcial	23,6%	• Moderado	29,2%
• No dispone	11,1%	• Alto	16,7%
		• Nulo	4,2%

La **esquizofrenia** es el diagnóstico más frecuente, y dentro de esta la **paranoide**. Sólo un pequeño porcentaje de pacientes tiene un diagnóstico añadido de **deficiencia mental**, y de estas, la mayoría son mujeres. La **edad media al comienzo de la enfermedad** es de 23,49 años. La **media de evolución de la enfermedad** es de 19,33, aunque en las dos variables se da una gran variabilidad.

La mayoría de pacientes tiene **antecedentes familiares**. Hay un porcentaje importante, más del 25%, que **convive** con enfermos mentales. El C.S.M. al que pertenecen el mayor nº de pacientes es el IC-Rochapea.

La mayor parte de pacientes tienen un largo historial de **ingresos**. Hay un porcentaje importante de pacientes con consumo de **tóxicos**, la mayor parte de éstos son hombres jóvenes, menores de 35 años. Un porcentaje importante ha tenido algún **intento autolítico**.

La **ideación suicida**, está presente en numerosos pacientes, con más frecuencia entre los 26-35 años. Más frecuente la grave que la moderada.

En cuanto a la **Conciencia de enfermedad al ingreso**: La parcial es la que se presenta el mayor nº de veces. No conciencia de enfermedad en casi un 30% de casos. Las personas que no tienen conciencia de enfermedad casi todas son hombres.

Se observa que la conciencia de E. mejora con la edad. La mayor parte de personas que se valoran como “no C. de E”, tienen diagnóstico de esquizofrenia.

La C. de E. está relacionada de una forma estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento: a más C. de E., mejor adherencia.

La mayor parte de personas tienen una **adherencia al tratamiento** insuficiente. Los peores resultados, los hombres más jóvenes.

Sólo un pequeño porcentaje de pacientes no dispone de **informes de evaluación**.

3.1.3. *En cuanto a las variables contextuales*

CSM de Pertenencia		Procedencia. Los pacientes son derivados de:	Tiempo de estancia en Clínica (meses)		
• Rochapea	29,2%	• U. de R. + C. De D.	38,9%	• Media	10,46 m.
• Ermitagaña	15,3%	• CSM Rochapea	8,3%	• Rango:	1-27 m.
• Casco Viejo	12,5%	• CSM Estella	6,9%		
• Burlada	12,5%	• H. De D. I	6,9%		
• Gayarre	11,1%	• UHP I	6,9%		
• Estella	8,3%	• CSM Casco Viejo	5,6%		
• Tudela	5,6%	• CSM Burlada	5,6%		
• Centro Privado	4,2%	• CSM Tudela	5,6%		
• Tafalla	1,4%	• CSM Gayarre	4,2%		
		• Padre Menni	4,2%		
		• UHP II	2,8%		
		• CSM Ermitagaña	1,4%		
		• CSM Tafalla	1,4%		
		• H. De D. II	1,4%		

Nº de ingresos en Dispos. Psiquiát. (recaídas)		Régimen de Estancia en la Clínica	
• 0:	80,6%	• Hospitalización Parcial	55,6%
• 1:	16,7%	• Hospitalización Total	40,3%
• 3:	1,4%	• Seguimiento	4,2%
• 5:	1,4%		

Los pacientes **proceden**, mayoritariamente de los Centros que tras fusionarse formaron la actual C. De R.: la Unidad de Rehabilitación y del Centro de Día. Le sigue el C.S.M. Rochapea.

A hospitalización total, **solicitan** mayoritariamente los Centros que no están ubicados en Pamplona, puesto que los pacientes van a tener más problemas para alojarse fuera de sus hogares.

La totalidad de pacientes que están en seguimiento provienen del antiguo Centro de Día.

La **media de estancia** en la Clínica es de 10,46 meses. Hay una gran variabilidad, puede estar entre 1 y 27 meses. Por sexos, la media de estancia de las mujeres es más baja. Hay una correlación estadísticamente significativa entre la edad y el tiempo de estancia en la Clínica: a más edad más tiempo de estancia en la Clínica.

La mayor parte de los pacientes no sufren **recaídas** graves, que precisen ingreso en las Unidades de Hospitalización psiquiátrica.

3.1.4. *Variables del alta*

Conciencia de Enfermedad al alta		Situación al alta		Tipo de alta	
• Parcial	73,6%	• Muy mejorado	47,2%	• Facultativa	76,4%
• Buena	15,3%	• Mejorado	20,8%	• Voluntaria	23,6%
• No tiene	11,1%	• Sin cambios	13,9%		
		• Empeorado	11,1%		
		• Ligeramente Mejorado	6,9%		

Centro de derivación al alta

• A CSM	73,6%
• A Otros Dispositivos Psiquiátricos	11,1%
• A CSM, en espera de plaza de larga estancia	6,9%
• A Residencia Psiquiátrica	5,6%
• A Residencia Geriátrica	2,8%

Casi todos los pacientes son **derivados** a su C.S.M., para continuar el tratamiento. Los que no están suficientemente estabilizados psicopatológicamente, son derivados a otros Dispositivos Psiquiátricos: Media estancia (Padre Menni), hospitales de día, etc. Estos suelen ser pacientes de menos de 25 años.

Los hombres precisan en mayor medida **al alta Centros** de larga estancia psiquiátricos. Con la edad aumentan las derivaciones a larga estancia. Hay una relación estadísticamente significativa entre el Centro de derivación al alta y el régimen de Estancia: los pacientes que están en régimen de hospitalización parcial son derivados mayoritariamente a su C:S:M, Los que se encuentran en régimen de hospitalización total, a Centros de larga estancia.

La conciencia de enfermedad al alta, ha mejorado con respecto al ingreso. La conciencia de E. Parcial y buena, han aumentado con respecto al ingreso. Se da una relación estadísticamente significativa: disminuye la falta de C. de E., aumenta la buena y la parcial. Hay una relación estadísticamente significativa entre la C. de E. Al alta y el tipo de alta: el porcentaje más alto de altas voluntarias, se da entre los pacientes que no tienen C. de E. Así mismo, hay una relación estadísticamente significativa entre la C. de E. Al alta y la situación al alta: Los pacientes valorados como sin cambios o empeorados, son valorados como “no tienen C. de E.”

La mayoría de los pacientes abandonan la Clínica con el **alta** facultativa.

Valoración al alta: Mejoran el 74,9% de pacientes, los que más, los hombres, también los que más empeoran. Las mujeres, el mayor porcentaje de sin cambios. En cuanto a la edad, mejoran más los de más edad. Hay una relación significativa entre Situación al alta y Centro de derivación al alta: Los que mejoran tienden a ir al C.S.M., los que empeoran a otros Centros o a Larga estancia.

3.2. Discusión de resultados

3.2.1. *Medida de Resultados*

Según el criterio de los facultativos, y para satisfacción de todo el equipo de la Clínica, los pacientes mejoran clara y mayoritariamente, tras su estancia aquí. Se confirma nuestra hipótesis inicial.

Nos gustaría poder completar estas observaciones con criterios no sólo de los clínicos, sino también apoyados en resultados de procedimientos de evaluación sistematizados (medida de resultados).

Los pacientes que empeoran nos hacen reflexionar, entre otras cosas, en que debemos mejorar nuestros procedimientos de evaluación de solicitudes, ya que en ocasiones, se hacen las derivaciones sin que el paciente esté suficientemente estabilizado.

La mejora de la C. de E., respecto al ingreso nos da una medida de eficacia de nuestros Programas diseñados para ese fin.

3.2.2. *Ajuste social*

En un importante nº de variables (tipo de convivencia, personas que han tenido pareja, nº de ingresos en C. Psiquiátricos, procesos judiciales, consumo de tóxicos, conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, etc.) los hombres tienen resultados que implican peor ajuste social, lo que nos llevaría a confirmar los datos hallados en el estudio de Cirici y cols. (1993).

3.2.3. *Situación clínica*

La mayoría de los pacientes estudiados padecen una enfermedad mental grave, según la definición que se ha dado en la introducción de este estudio:

- En cuanto al **diagnóstico**, ya que la mayoría padecen un trastorno esquizofrénico, considerado psiquiátricamente muy grave.
- **Incapacidad**: la mayoría están desempleados, y necesitan una pensión. Tienen también necesidad de ayuda y atención constantes, y muchas veces supervisión ya que muestran comportamientos sociales inadecuados.
- **Duración**: tienen un historial de tratamiento muy prolongado, o, no siendo así, han tenido, un n° importante de ingresos en diversos dispositivos psiquiátricos. (UHP; Hospitales de Día, Unidades de Media Estancia), para compensar su sintomatología aguda.

A lo largo del ingreso, se producen habitualmente recaídas, empeoramiento en el estado psicopatológico de los pacientes, pero la mayoría de las veces, se solucionan sin necesidad de un ingreso en las UHP, ya que al detectar la recaída en un estadio inicial se puede actuar rápidamente, disipando la crisis.

Muchos de los pacientes jóvenes (adultos jóvenes cronificados), no terminan el Programa que se les propone en la Clínica. Posiblemente, la poca conciencia de enfermedad, las expectativas irreales, y la falta de reflexión propia de sus años, determina que rechacen la estancia en la Clínica. Se intenta que se vayan sin conflicto, dejando abierta la posibilidad de retornar.

No es raro observar en las historias clínicas un n° elevado de diagnósticos. Esto no se debe tan solo a la disparidad de criterios entre los clínicos, sino a la dificultad, de diagnosticar ante cuadros clínicos complejos.

Los pacientes del estudio, al llegar a la clínica, muestran un grado de adherencia al tratamiento escaso. La vigilancia estrecha sobre la toma de medicación, y los programas psicoeducativos dirigidos hacia la mejora de conciencia de enfermedad y adhesión al tratamiento, son los máximos responsables de la mejoría clínica que presentan.

La conciencia de enfermedad se trabaja activamente en la Clínica, de forma individual y grupal y, también, con las familias. Intentamos activamente que mejoren su comprensión de lo que les ocurre y que sean conscientes que se trata de una enfermedad que hay que tratar. No obstante, cuando no es posible un trabajo más intenso, en esta dirección se insiste en el refuerzo de la adhesión al tratamiento y de la autonomía social y funcional.

Otro aspecto muy importante, responsable, en una gran medida también de la mejoría observada (sobre todo en pacientes con problemas de control de impulsos, y/o juego patológico), es la supervisión económica. En pacientes con pocos ingresos, y poco soporte familiar, la mala administración del dinero, puede llevarles a descompensaciones psicopatológicas de importancia. En los casos en los que el dinero lo administra la familia, la Clínica sirve de puente entre las exigencias del paciente y la dura tarea de administrar un dinero, siempre escaso.

Como se ha constatado en diversos estudios, los enfermos mentales no son mayoritariamente violentos (Arango, 1999). Unos pocos casos, muy dramáticos, explotados por la prensa, no deberían llevar a concluir que los enfermos mentales son extremadamente peligrosos. Las agresiones más habituales que se detectan en la Clínica son a los familiares, y suelen ocurrir en periodos críticos de descompensación psicótica, muchas veces, tras el abandono de la medicación. Raramente se producen agresiones hacia el personal de la Clínica o a otras personas.

Los pacientes con trastornos duales –trastornos psiquiátricos/consumo de tóxicos–, son también un reto para la clínica. En ocasiones precisan controles rigurosos, para asegurar el no consumo, que afectan el clima de libertad que generalmente impera en la Clínica.

La media de edad al inicio de enfermedad hallada en este estudio es coincidente con los datos del DSMIV, a cerca de la media de edad de inicio de la esquizofrenia. Nos servirá de referencia aunque en este estudio no todos los pacientes sean esquizofrénicos: “La edad media de inicio del primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida para los hombres, y al final de esa década en las mujeres”⁶.

3.2.4. *Clínica de Rehabilitación*

Las necesidades mayoritarias que se han detectado para este tipo de pacientes son de Programas de Rehabilitación, no precisan, en la mayoría de casos, un ingreso a tiempo total, los pacientes valoran como de ayuda permanecer unas horas en compañía de otros, y ocupados de variadas maneras, pero les agrada volver a sus casas a la tarde. Las 16 camas con las que cuenta la Clínica suelen estar ocupadas por pacientes que viven fuera de Pamplona, o pacientes de familias bastante desorganizadas, incapaces de prestar el apoyo que estos pacientes requieren. En ocasiones otros miembros de la familia están tan necesitados de ayuda como el propio paciente.

Los tres pacientes que se encontraban en Programas de Seguimiento, pasaron a ingresar al Centro Psicogeriátrico. En cumplimiento del compromiso que adquirió la Subdirección de Salud Mental con los pacientes externalizados.

Los pacientes tienden a estar varios meses en la Clínica, solo así, se pueden conseguir algunos resultados en una población tan deteriorada. La media de 10,46 meses, es poco representativa, ya que los valores son muy extremos. El mayor grupo de pacientes permanece entre 9 y 17 meses.

Hay que tener en cuenta las dificultades que tenemos al dar las altas, al no poder contar con los recursos necesarios. **El paciente no va a donde necesita, sino a dónde puede ir.** Resultaría muy deseable para los profesionales de la Clínica, poder

6. DSM IV-TR (2002): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

contar con el Dispositivo adecuado, que continúe el trabajo que nosotros hemos iniciado.

A pesar de que el ingreso en la clínica ayuda a que disminuya el nº de **recaídas**, estas se siguen produciendo, y debemos entenderlas como consecuencia del proceso propio de la evolución de la enfermedad. No podemos dejar de cuestionarnos, en los casos de un gran nº de recaídas, si la Clínica es el recurso que precisan esos pacientes, probablemente no.

El momento del alta suele ser complicado, bien sea porque insisten en marcharse antes de tiempo, por lo que el facultativo ha de llegar a un consenso con esos pacientes, haciéndoles ver, que su situación no lo aconseja.

En la mayoría de las situaciones sucede lo contrario, ni los pacientes, ni sus familias desean irse, por lo que se hace preciso diseñar un Plan de Alta progresiva que haga perder el miedo a lo que ocurrirá cuando dejen la clínica. En ocasiones, los profesionales, hemos sufrido fuerte presión, incluso amenazas por parte de los pacientes y/o de sus familiares al proponerles el alta.

3.2.5. *Observación de las historias clínicas*

El estudio ha servido, en gran medida para reorganizar mejor nuestro sistema de recogida de datos. Ha mejorado incluso, nuestros procedimientos de almacenaje.

Ha resultado difícil, la búsqueda de datos en historias mal organizadas y poco sistematizadas, lo que nos ha llevado a organizar equipos de trabajo para realizar propuestas consensuadas de mejora de recogida de datos y anotaciones clínicas. “Recogida mínima de datos obligatorios para todos los pacientes” (Varela, 1990)⁷.

Un importante nº de pacientes no dispone de informes de evaluación. Muchos de ellos han abandonado la clínica sin dar tiempo a realizarlos. En otras ocasiones, es la sintomatología del paciente, la que no permite la evaluación (síntomas paranoides, pensamiento disgregado, negativa a ser evaluados, etc.) Nos hemos propuesto reducir al máximo los caos en que la falta de evaluación sólo puede ser atribuida a nuestra propia negligencia.

3.2.6. *Comparación de los resultados con el Estudio: “Prevalencia e Incidencia de la Esquizofrenia en Navarra” (Anales Sis San Navarra, 2000)*

El estudio se centra exclusivamente en la esquizofrenia, así es que los resultados solo pueden ser tomados en cuenta como meras referencias indicativas. Tiene interés especial por tratarse de un estudio realizado en nuestra Comunidad. Los resulta-

7. Bulbena y cols. (2000): *Medición clínica en psiquiatría y psicología*.

dos son muy similares. La media de edad de este estudio (39,88) es menor que la de la Clínica. En cuanto al tipo de convivencia, esos pacientes viven, en un porcentaje mayor, con la familia. En su investigación el grado de adherencia al tratamiento era muy superior al nuestro.

4. Conclusiones

1. Nuestros resultados confirman las hipótesis planteadas. La Clínica de rehabilitación ayuda a mejorar social y clínicamente a los pacientes psiquiátricos crónicos. Se evidencia una mejoría, estadísticamente significativa, en cuanto a la conciencia de enfermedad, en la valoración ingreso-alta.

2. Se constata que la Clínica, como sabemos que sucede en otros Dispositivos de Salud Mental, tiene que ocuparse, en ocasiones, de pacientes que no son adecuados para el tipo de Programas de intervención que tiene diseñados, circunstancia que resta efectividad a los tratamientos que se imparten. Asimismo algunos pacientes permanecen en la Clínica por un tiempo superior al recomendado, ante la escasez, de nuevo, de los recursos adecuados para la continuidad de sus cuidados.

3. Detectamos dificultades para atraer a la Clínica a los pacientes más jóvenes y con mejores perspectivas para realizar un Programa de Rehabilitación. Recibimos varias solicitudes de este tipo, pero finalmente no acuden. Suponemos que rechazan la idea de estar en un Centro ingresados. Sabemos también que les afecta muy negativamente saber que la Clínica está ubicada en lo que era el antiguo Hospital Psiquiátrico, y también la idea de estar con personas, de mayor edad. Sería preciso encontrar vías de trabajo coordinado entre nuestro Centro y los C. de Salud Mental, para tratar adecuadamente a estos pacientes.

4. A resultados de los datos ofrecidos por esta investigación, sería recomendable diseñar Programas diferenciados en función de la edad, ya que las características y necesidades de los pacientes son muy diferentes.

5. La Clínica reproduce, en muchos aspectos, las diferencias en casi todos los aspectos sociales halladas en los dos sexos. Sería muy interesante observar la posible modificación de los roles, según sexo, en función de la propia evolución de la sociedad.

6. Muchos pacientes expresan su satisfacción por ciertos aspectos de la “atmósfera” del Centro, como son, la ausencia de fuertes medidas restrictivas (puertas abiertas, participación de los pacientes en el diseño de sus actividades, etc.). Pocos de ellos saben que mantener ese ambiente implica, una dura lucha contra la presión de los colegas de la red, las imposiciones de los jueces, y de distintos colectivos sociales.

7. Algunos profesionales, se sienten tan frustrados por la falta de recursos, que llegan a plantearse la idea de la creación de un nuevo manicomio. En mi opinión, después de 16 años de trabajo en la Rehabilitación Psicosocial, inicialmente en el

manicomio de Pamplona, la vuelta a aquella situación sería totalmente negativa. Los pacientes de la Clínica, que necesitando Centros de larga estancia, permanecen en condiciones de atención dramáticas, no debieran condicionar nuestra valoración de la necesidad de un nuevo psiquiátrico. Bastaría con aumentar, según las necesidades detectadas, la dotación de Dispositivos adecuados a sus necesidades.

8. Es necesario realizar un esfuerzo por mejorar nuestros procedimientos de trabajo en varios aspectos:

- Recogida de información y vertido a las historias clínicas
- Realización de informes de evaluación al máximo nº de pacientes, siempre que el tiempo de estancia en la clínica, y las condiciones psicopatológicas lo permitan.
- Sistematizar nuestras evaluaciones mediante test y escalas de evaluación que permitan realizar mediciones pre y post ingresos.

9. A partir de esta investigación, se sugieren varios temas que podrían ser de interés para seguir nuevas investigaciones fundamentalmente para otros profesionales de la Clínica:

- Estudio del ambiente terapéutico
- Necesidad y utilización de medidas restrictivas
- Consumo de tóxicos
- Programas de intervención de adherencia al tratamiento
- Patologías físicas asociadas, etc.

10. Hasta ahora no se ha desarrollado una de las dos funciones para las que estaba diseñada la Clínica, la de servir de referencia técnica para los programas de rehabilitación a realizar en los centros y servicios de la Red de Salud Mental y de las redes sociales y sanitarias. Sería deseable iniciar una línea de colaboración en este aspecto.

11. No Disponemos de información a cerca de cómo les va a los pacientes cuando abandonan la Clínica. ¿Mantienen lo aprendido en el Centro, o vuelven rápidamente a la situación anterior?

Sería importante conocer el número de pacientes reincidentes y las características que presentan.

12. Se constata que muchas veces los enfermos conviven con otros enfermos o en ambientes desfavorecidos económicamente o de marginación por lo que a las dificultades propias de la enfermedad psiquiátrica, hay que añadir la escasa ayuda familiar e institucional de la que disponen. Esta situación de enorme desventaja social debería ser corregida con políticas de intervención adecuadas.

5. Recomendaciones a pacientes y a familiares

La enfermedad mental severa va a obligar a quien la padece a adaptar su modo de vida y a tomar medidas de protección y cuidados. Esto no es necesario recordárselo a

personas que llevan años conviviendo con sus familiares enfermos, pero sí a los que debutan con crisis psicóticas los cuales tienen por delante años de adaptación y de dificultades. Se ha de tener en cuenta que hay que prepararse para un proceso largo y difícil.

Un enfermo mental grave debe ser uno más en la familia, a todos los efectos. No es conveniente que las personas que padecen una enfermedad mental grave se aparten de la rutina y el funcionamiento general del resto de miembros de la casa. La necesidad que sienten de ayuda y atención no debe eximirles de realizar algunas tareas, muchas para las que están perfectamente preparados.

La enfermedad mental no se ve. Sabemos por experiencia las dificultades que tienen muchas familias para considerar algunas conductas como enfermas. Es fácil caer en la tentación de pensar que son vagos, inmaduros, perezosos. La realidad es que toda esta sintomatología obedece a una grave enfermedad y como tal ha de tratarse.

Por lo tanto hay que vigilar al máximo los aspectos de tratamiento. Insistir en la necesidad de llevar a rajatabla el tratamiento farmacológico y los controles psiquiátricos. Si es necesario se supervisará las tomas, pero nunca se descuidará un aspecto que es vital en la recuperación de la enfermedad.

La enfermedad mental, como cualquier patología grave, exige adaptar los hábitos de vida para mantenerse libre de sintomatología y evitar las recaídas. Es importante limitar la estimulación ambiental, respetar los horarios de alimentación y sueño, no descuidar la actividad física y el deporte, el cuidado de la imagen, el aspecto físico, y la vida social.

Muchas veces, la enfermedad produce deterioro funcional, es preciso luchar contra esta sintomatología evitando la reclusión, la falta de estímulos, el aislamiento y el empobrecimiento vital.

Por experiencia todos sabemos cómo nuestro rendimiento puede mejorar cuando confiamos en nuestras capacidades. La enfermedad mental y sus padecimientos afecta gravemente a la autoestima, es de vital importancia apoyar a estas personas para que mantengan alta su motivación y no se dejen arrastrar por el negativismo y la desesperanza.

En el estereotipo que muchas personas se han forjado sobre cómo son los enfermos mentales graves, se aprecia, gran cantidad de cualidades negativas: son vagos, inútiles, sucios, intratables, agresivos, etc. No hay que olvidar que como comúnmente se dice no hay enfermedades sino enfermos. Cada persona es única, y como tal se adapta a la vivencia de la enfermedad en función de muchos factores sociales y personales. No debemos caer en la tentación del estereotipo. Muchos de los pacientes que hemos tratado no responden para nada a estos clichés. Los profesionales que trabajamos en el antiguo hospital psiquiátrico, hemos podido constatar la diferencia en cuanto al comportamiento de muchos pacientes antes y después de un programa de rehabilitación.

En ocasiones los pacientes jóvenes tienden a la actitud de todo o nada. "Si soy un enfermo mental, ya no podré seguir con mis proyectos (estudios, trabajo, viajes,

etc.)". La familia y los profesionales deben ayudar a estas personas a reconducir sus vidas de la mejor forma posible, destacando las capacidades que se poseen y reduciendo al mínimo los inconvenientes. Hay muchas cosas que se pueden realizar a pesar de padecer una grave enfermedad.

Que los enfermos mentales estén integrados en la comunidad no quiere decir que vivan con sus familias, necesariamente. En ocasiones esto no es posible ni deseable, hay que facilitar alternativas residenciales diversificadas que se adapten a las necesidades individuales de estas personas.

Las instituciones navarras han descuidado gravemente la atención a un colectivo muy necesitado. Es preciso luchar decididamente contra esta situación injusta.

Finalmente insistir en que hay que proponerse pequeños retos a cumplir, y tener confianza en que se pueden conseguir muchas cosas con algo de confianza, perseverancia y afecto.

6. Bibliografía

- AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría) (2002): *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos técnicos, 6. Madrid.
- Aldaz, J.A., Vázquez, C. (comps.) (1996): *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid, Ed. Siglo XXI.
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986): *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- Anthony, W., Farkas, M. (1982): "A client-outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions", *Schizophr Bul*, 8: 13-38.
- Anthony, W., Kennard, W., O'Braian, W. y Forbes, R. (1986): "Psychiatric rehabilitation: Past myth and current realities", *Community Mental Health Journal*, 22, 4, 249-264.
- Anthony, W. y Liberman, R.P. (1986): "The practice of psychiatric rehabilitation. Historical, conceptual, and research base", *Schizophrenia Bulletin*, 12, 4, 542-559.
- Arango, C. (1999): "Violencia en el paciente con esquizofrenia ¿maldad o locura?", *Arch Neurol*, 62 (2): 125-134.
- Ballus-Creus, C. y García Franco, M. (2000): *Hablemos claro: Cómo convivir con la esquizofrenia*.
- Barnes, T.R. y cols. (1983): "Use of social behaviour assesment schedule (SBAS) in a trial of maintenance and psychotic therapy in schizophrenic out-patients. Pimozide versus fluphenazine", *Soc Psychiatry*, 18: 193-199.
- Birchwood, M., Tarrrier, N. (1995): *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona, Ed. Ariel.
- Blánquez, R., Galarraga, M.E., Galtés, J.I. (2003): "Internamiento psiquiátrico involuntario: criterios clínicos y cuestiones médico-forenses", *Anales de psiquiatría*, vol. 19, nº 1: 15-21.
- Bleuler, M. (1972): *The Schizophrenic Disorders: long-Term Patient and Family Studies*. New Haven, Yale University Press.
- Bulbena, A., Berrios, G.E., Fernández de Larrinoa, P. (2000): *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, Ed. Masson.
- Bulbena, A., Pompei, S. y cols. (1997): "Medida de la gravedad de la enfermedad psiquiátrica", *Arch Neurol*. 7 (supl. 2): 69-79.

- Caballo, V. (dir.) (1997): *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1. Madrid, Siglo XXI.
- Cañamares, J.M., Castejón, M.A. et al. (2001): *Esquizofrenia*. Madrid, Ed. Síntesis.
- Caudill, W. (1966): *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*. Madrid, Ed. Escuela.
- CIE 10 (1992): *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Ed. Meditor.
- Ciampi, L. (1984): "Los factores de la influencia social en el desarrollo de las esquizofrenias", *Scw. Archiv.* N. Sysh., 135: 101-160.
- Cirici, R., Bel, M^a T., Guarch, J., Araúxo, A. y Obiols, J. (1993): "Competencia social en la esquizofrenia: discrepancias por sexos", *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, n^o 27: 6-11.
- Colegio Oficial de Psicólogos (2003): *Perfil de la Especialidad de Psicología Clínica y de la Salud*. www.cop.es
- Defensor del Pueblo de Navarra, *Informe especial al Parlamento: La atención a la Salud Mental en Navarra*. Pamplona, marzo 2003.
- Desviat, M., Fernández Liria, A. y Rendueles, G. (1986): "La nueva cronicidad", en J. Espinosa (ed.): *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Desviat, M. (1994): *La reforma psiquiátrica*. Madrid, Ediciones Dor.
- Donabedian, A. (1984): "Evaluating the quality of medical care", *Milbank Men Fund Quart.* 44: 166-203
- Fauman, M.A. (1989): "Quality assurance monitoring in psychiatry", *Am J psychiatry*, 9: 1121-1130.
- Fernández Liria, A. (1991): *El concepto de paciente crónico adulto joven: Pertinencia y relevancia para la planificación y organización de los servicios en Salud mental*. Tesis doctoral. Fac. de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.
- Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E.: *Cognitive behaviour therapy for psychosis*. New York, Ed. Wiley.
- Goldstein, J.M., Kreisman, D. (1988): "Gender, family, environment and schizophrenia", *Psychological Medicine*, 18: 861-72.
- Goffman, E. (1961): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- Guimon, J., Sunyer, J.M., Sánchez de Vega, J. (1989): "La función terapéutica en el hospital psiquiátrico", *Informaciones psiquiátricas*, 117-118: 319-331.
- Jablenski, A. y cols. (1984): "Who collaborative study on impairments and disabilities associated with mental disorders", *Acta Shychiatr scand.* 62 (supl. 285): 152-153.
- Jiménez, J.F., Moreno, B., Torres, F. y cols. (1997): "Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell". *Arch Neurobiol.*, 60: 113-124.
- Kessler, R., Barker, P. Colpe, L. y cols. (2003): "Screening for serious mental illness in the general population", *Arch. Of gener. Psych.* vol. 60, n^o 2: 185-189.
- Labrador, F.J.; Vallejo, M.A.; Matellanes, M.; Echeburúa, E.; Bados, A.; Fernández-Montalvo, J. (2001): *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. Colegio Oficial de Psicólogos. www.cop.es
- Liberman, R.P. (1993): *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona, Ed. Martínez Roca.
- Liberman, R.P. y Evans, C.C. (1985): "Behavioral rehabilitation for chronic mental patients", *J. Clin. Psychopharmacol.*, 5: 8-14
- Lindberg, H.C., Harvey, J.H. (1981): *An introduction to social psychology*. St. Louis, The CV Mosby Company.

- Mata, I., Beperet, M., Madoz, V. y Grupo Psicost. (2000): "Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23 (Suplemento 1): 29-36. *Memoria 2001 Salud Mental*. Subdirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Mendióroz, P. (2003): *Calidad de vida en una muestra de esquizofrénicos*. Pamplona, Universidad Pública de Navarra (Tesis Doctoral).
- Moos, R.H. (1974): *Evaluating treatment environments*. New York, Ed. Wiley.
- Nuechterlein, K.H. y Dawson, M.E. (1984): "Increased critical stimulus duration: vulnerability or episode indicator?", *Schizophrenia Bulletin*, 11 (3), 334-346.
- Obiols, J.E. y Obiols, J. (1989): *Esquizofrenia*. Barcelona, Martínez Roca.
- Otero, V. y Garrido, E. (1995): "Modelos de intervención en rehabilitación psicosocial de enfermos mentales crónicos", *Conferencias y Comunicaciones a las III^a Jornadas de Psicología de Navarra*, Universidad Pública de Navarra y Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra, pp. 39-47.
- Ozamiz, J. (1987): "Estilos de Vida y Salud Mental", en J. Ozamiz (ed.): *Psicología de la Salud Mental*. San Sebastián, Tartalo.
- Plan Foral de Atención Sociosanitaria (2000): Departamento de Salud y Departamento de Bienestar Social. Pamplona, Gobierno de Navarra.
- Rebolledo, S., Lobato, M.J. (1998): *Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia*. Barcelona, Fundació Nou camí.
- Roder y Brenner (1996): *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona, Ed. Ariel.
- Rodríguez, A. (coord.) (1997): *Rehabilitación del enfermo mental crónico*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Sullivan, H.S. (1931): "The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia", *Am J Psychiatry*, 11: 519-540.
- Sunyer, J.M. (1990): *Evaluación de la atmósfera en las salas psiquiátricas españolas*. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona. Tesis Doctoral.
- Seva, A. (1993): *La calidad de la asistencia psiquiátrica y la acreditación de sus servicios*. Zaragoza, Ed. Beecham.
- Uptegrove, R., Oyebode, F., George, M., Haque, M.S. (2002): "Insight, Social Knowledge and Working Memory in Schizophrenia", *Psychopathology*, vol. 35, n^o 6: 341-346.
- Vaughn, C. y Leff, J. (1976): "The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness", *Br. J. of Psych.*, 129, 125-137.
- (1981): "Patterns of emotional response in relatives of schizophrenics patients", *Schz. Bull.*, 7, 43-45.
- Wing, J. y Brown, G. (1970): *Institutionalism and schizophrenia*. London, Cambridge University Press.
- Yáñez Sáez, R. y col. (1999): "Programas psicoeducativos, emoción expresada y calidad de vida en la esquizofrenia", *Anales de psiquiatría*, 15, 1, 13-17.
- Zabala, M. (1994): Comunicación: "Seguimiento de Pacientes Desinstitucionalizados: Valoración de la Experiencia". *V Jornadas de la Confederación estatal de Agrupaciones de familias y Enfermos Mentales*. San Sebastián.
- (1995): Comunicación: "Factores de valoración subjetiva de la experiencia de desinstitucionalización de pacientes psicóticos crónicos, del Hospital Psiquiátrico de Pamplona". *III Seminario europeo Euro-Psy Rehabilitación*. Pamplona.
- Zubin, J., Spring, B.J. (1977): "Vulnerability-A new view of schizophrenia", *Journal of Abnormal Psychology*, 86: 103-126.

Análisis de la realidad asistencial a los mayores en la Comunidad Foral de Navarra

Propuesta para una intervención psicológica en los procesos de envejecimiento*

Fernando Trébol Untzue / Emilio Garrido Landívar**

1. Introducción

Pensando en el estudio de la atención que se le ofrece a la población mayor (considerada a partir de los 65 años) en este estudio se evalúan diferentes servicios existentes en Navarra durante el periodo comprendido entre el año 2000 y 2005: Servicio Social de Base, Residencias de Ancianos, Centros de Salud, Pisos o Apartamentos Tutelados, Teleasistencia, Asociaciones y Clubes de Jubilados y Enseñanza a los Mayores. Vamos a poner en marcha un estudio en el cual se realizó una prueba piloto previa, denominada SITE (Servicio de Información para la Tercera Edad); además, se ha diseñado una encuesta para ser pasada a una muestra de profesionales del ámbito de atención a la tercera edad con el objetivo de detectar las necesidades de los mismos, estudiar una posible relación entre el nivel y calidad profesionales y la atención que se está prestando al mayor; la cual nos dará una aproximación de las necesidades, orientaciones, asesoramiento y apoyo que el profesional de este ámbito necesita, y que enmarcaremos en torno a la intervención psicogerontológica.

De este modo podemos justificar el entorno del estudio como algo conocido por el profesional y de todo lo que a él le atañe: riesgos laborales, absentismo laboral, for-

* Intervención psicológica en los procesos de envejecimiento: "La intervención psicogerontológica en la asistencia al mayor de la Comunidad Foral de Navarra".

** Universidad Pública de Navarra.

mación continuada, servicios complementario o subcontratados; para conocer en profundidad sus necesidades como profesionales y de los mayores a través de estos.

En definitiva, queremos estudiar las necesidades de los profesionales dedicados a la atención de los mayores.

Así mismo, cabe destacar la asunción de una hipótesis previa, basada en el estudio de las necesidades de los profesionales desde el punto de vista de la optimización de la labor desarrollada mediante una mayor coordinación y reuniones periódicas.

Utilizaremos estrategias previamente diseñadas y, teniendo en cuenta el modelo cuasi-experimental para sus primeras fases y experimental en la aplicación de la prueba piloto anteriormente mencionada, se realizará el análisis estadístico de los resultados extraídos de las encuestas.

En el desarrollo de este trabajo se ha contado con el permiso de la Sección de Tercera Edad del Instituto Navarro de Bienestar Social para realizar las encuestas en las residencias de titularidad foral, y de los clubes de jubilados de Sangüesa y Estella, donde se realizó el SITE; así mismo se recabó el apoyo y colaboración de las residencias de titularidad privada. Y desde estas líneas se quiere agradecer el apoyo concedido por todos ellos.

2. Justificación teórica y metodología

2.1. Marco teórico

El perfil del profesional, que desarrolla su labor con los mayores, es nuestro punto de partida, y teniendo en cuenta esto, vamos a estudiar la relación existente entre el profesional y los mayores desde el plano deontológico. Los factores a tener en cuenta son la satisfacción profesional, el absentismo laboral, el desgaste profesional, el afán por cumplir con tareas que no le competen y aceptación del apoyo paraprofesional; este último, en algunos casos, es considerado como competencia desleal.

Los datos que se destacan en una encuesta realizada por el Gobierno de Navarra, a través del Instituto Navarro de Bienestar Social (INBS)¹, se justifica que los residentes necesitan ayuda para vestirse, y en esta actividad es donde toma contacto directo con el personal.

Según estudios teóricos y empíricos, la asistencia a los mayores residentes debe ser más técnica y específica que en los últimos años. Los mayores residenciados precisarán, no sólo de ayuda para vestirse, asearse, sino que también para la vigilancia de trastornos mentales y físicos, los deterioros relacionados con el juicio y memoria, los cuales demandarán al personal una adecuación de sus tareas y sobre todo del tratamiento que deberá darse al residente. Como dato significativo destacamos el estudio

1. Instituto Navarro de Bienestar Social / Nafarroako Gizarte Ongizate Institutua.

del INBS, en el que el 33% de los residentes tiene una dependencia moderada o severa, además de necesitar ayuda para medicarse el 32% y el 23,72% tiene algún trastorno de conducta no grave, pero permanente o temporal. Además de todo esto, si tenemos en cuenta que el 34,71% tiene alteradas las capacidades de juicio, como hemos citado, tendrán dificultades para desarrollar cosas sencillas y no de tanta responsabilidad como el medicarse, y que pueden ser la limpieza, el cuidado y vigilancia (INBS, 1998).

El profesional deberá estar pendiente de diversas alteraciones de la conducta, estado y cuidado de los residentes, y deberán ser los que faciliten la calidad de atención, y por consiguiente, la calidad de vida del residente.

Por otro lado, los conocimientos multidisciplinares facilitan una respuesta ya tenida en cuenta en la asistencia pública de los equipos de atención; y desde las Instituciones Europeas, hacen referencia a la Política Social del próximo milenio, en la que se cita la cooperación entre la Administración Central, las Comunidades Autónomas y los municipios; así como el consenso en las actuaciones conjuntas y en las políticas del desarrollo social. Todo esto incide sobre la aplicación de planes de mayores, por lo que la cooperación interadministrativa se perfila como básica. El mismo artículo en el que se detalla la información de las políticas sociales (Revista Sesenta y más, nº 173 de septiembre de 1999), donde cita que algunos servicios no se encuentran bien desarrollados, especialmente en prevención y rehabilitación; asegura que la prevención es motivo de tratamiento desde el equipo profesional, el cual atiende al mayor residente, y es el factor inductor de esa asistencia de calidad para los mayores residentes. Es por esto que el perfil del profesional dentro de esta investigación se toma del ámbito social en el cual, de manera general, participan los profesionales, que siendo parte de una comunidad donde intervienen, estarán supeditados a unas medidas de actuación ética y deontológica, como profesional y humana.

El profesional que interviene prestando una atención al mayor pertenece a distintas disciplinas profesionales e incluso de distintos niveles formativos. Es aquí donde encontramos las interacciones entre sujetos de diversos contextos de actuación profesional, social y la dificultad que entraña la relación entre éstos.

También coinciden las bases teóricas de los Servicios Sociales junto al de la Psicología Social cuando se refieren a la mejora de la calidad de vida, en general, y el bienestar de las personas. Se superan los mitos conceptuales de marginación, exclusión, inadaptación, y pobreza.

Los objetivos en la intervención social consisten en reducir o mermar, incluso prevenir, situaciones de riesgo social y personal. Se interviene y dando soluciones a problemas concretos que afectan o repercuten a las personas mayores. Cuando nos referimos a los apoyos y coberturas de las necesidades del mayor, que son básicas y están condicionadas por el entorno o comunidad a la que pertenecen, la relación entre profesionales y distintos servicios coincide en la atención que debe prestarse. Tales como la subsistencia, convivencia e integración social, participación, acceso a la información y derecho a unos servicios gratuitos. En la intervención social debe des-

tacarse el carácter interdisciplinar de las relaciones profesionales para con el mayor; considerando la deontología profesional como algo que requiere una especial mención.

Una deontología de la intervención social desde la perspectiva de la labor profesional, a modo de aportación teórica y moral del ámbito social y psicológico, sitúa la definición de ética en la investigación científica de la conducta. Son los puntos de vista de los juicios de aprobación o desaprobación (bueno/malo, correcto/incorrecto, valioso/reprobable) los que nos dan el criterio para intervenir correctamente. Aunque la tradición que se acoge a su nombre tiende a darle un sentido normativo o valorativo-objetivo, se entiende como un estudio de la conducta real y de su enjuiciamiento, igualmente real, por su sociedad (Alfa, 1986).

Otra cosa muy distinta, pero no por ello en desacuerdo con la ética, es la moral. Es una costumbre o norma de conducta, apreciada por la conciencia o el entendimiento, y no por los sentidos. Tiene que ver con el respeto humano o fuero interno y no con el orden jurídico. También, como ciencia, trata de las acciones humanas en orden a su bondad o maldad. Es, de igual modo, un conjunto de facultades del espíritu, en oposición a lo físico. Estado de ánimo, individual o colectivo. Conjunto de normas doctrinales de conducta, o inherentes a determinada acción (Alfa, 1986).

El comportamiento humano es lo que la deontología profesional deberá considerar como prioritario. La deontología tiene en cuenta cómo deberían ser atendidos los mayores, partiendo de como debería realizarse, profesionalmente hablando, la intervención ante y con el mayor. Las exigencias profesionales, tales como la mejora de la calidad del trabajo y el empleo de medios fieles sobre procedimientos y resultados, además de la protección de la información conseguida confidencialmente y la integridad, dan como resultado la necesidad de conocer el ámbito de actuación, los límites de la actuación profesional, así como el tener en cuenta los siguientes aspectos: influencia de las ideas, los valores y las condiciones económicas del contexto donde se ha desarrollado, así como la realidad que esta imponiendo la nueva situación social.

Los valores son entidades consistentes que deben considerarse como una cualidad atribuida a los objetos, en tanto en cuanto el sujeto reconoce en ellos algo digno de atracción o de repulsión. El sistema de valores es el conjunto de ideas y de creencias propias de una sociedad o grupo, la cual condiciona el comportamiento humano y el sistema de normas sociales.

Los valores son considerados como concepciones prioritarias de los seres humanos, aspiraciones prioritarias y pautas de acción que rigen los comportamientos humanos.

Entre estas propiedades de los valores se pueden citar las más significativas: soporte ontológico, contenidos, polaridad, intensidad, jerarquía e irracionalidad. Además de distinguir los valores dentro de las normas específicas de conducta del mayor, así como lo que el ser humano debería hacer, correspondería, a la actuación que preferiría el profesional de dicha atención.

También la particularización, singularización e individualización, constituyen otros principios básicos de la actuación profesional. Tendremos en cuenta los códigos y valores éticos; costumbres o modas. Estos son relativos a las circunstancias históricas que propician las preferencias o necesidades atribuidas a los mayores. Se trata de saber elegir entre dos planteamientos: *que se puede hacer y que se debe hacer*.

Además deben ser considerados los criterios metodológicos², que son los siguientes: criterios profesionales, preferencias del usuario, la calidad de vida y el modo de tratar a todos por igual. Siempre que tengamos en cuenta estos límites: Las consideraciones de estos principios éticos, el sistema de referencia, el principio de universalización y el de autonomía, el abordaje de la ética profesional, el secreteo profesional y otros temas que pueden ser motivo de estudio en la investigación y atención al mayor.

La *virtud* del profesional en la intervención social, cuyo objeto es explicar los fenómenos sociales con el concurso de leyes y generalizaciones, que en su forma lógica no difieren de las que se aplican en general a los fenómenos naturales; esa especie de cuasi-leyes y generalizaciones a las que tendrían que recurrir los profesionales expertos en la materia.

Si la virtud es la unidad de la vida humana y el concepto de tradición (Macinyre, 199?), cualquier intento contemporáneo de encarar cada vida humana como un todo, como una unidad, cuyo carácter provee a las virtudes de un *telos* adecuado, encuentra el obstáculo social y el filosófico. Estos obstáculos sociales derivan de cada vida humana, dividiéndola en múltiples fragmentos, cada uno de ellos sometido a sus propias normas y modos de conducta. Así, el trabajo se separa del ocio, la vida privada de la pública, lo corporativo de lo personal; también la infancia de la ancianidad; y del resto de la vida humana (Rueda, 199?).

Si tenemos en cuenta que la virtud significa: *Actividad o fuerza de las cosas para causa de sus efectos. Eficacia de una cosa para conservar o restablecer la salud corporal. Fuerza, vigor o valor. Poder o potestad de obrar, y también es el hábito y disposición de la voluntad para las acciones conforme a la Ley moral* (Alfa, 1986). Por lo que la intervención en lo social le confiere al profesional un poder o potestad de obrar, y de como no se debe intervenir. Por ello habrá de considerarse lo ético desde la base de la planificación de la intervención, teniéndolo presente en cada momento, y abordándolo desde una perspectiva psicogerontológica.

Así pues, tomando la idea de que existe una relación entre el absentismo laboral y el grado de insatisfacción profesional, en el estudio realizado por Alonso Calderón, I. y colaboradores, y publicado en el volumen 10 de la revista *Mapfre Medicina* de 1999. Además, el contenido referido a la publicación “*Psicopatología Laboral*” expuesta por

2. Según criterios de la empresa, en general, hoy en día se contemplan la consecución de la calidad, posteriormente la seguridad del empleado o profesional y, por último, la protección del entorno o medio ambiente y, en este caso, del usuario o residente mayor.

Emilio Garrido y Javier Fernández-Montalvo (*Psicopatología Laboral*, 1999) en su publicación del mismo nombre, destacamos que el enfermar durante la actividad laboral, sea cual sea el motivo, repercutirá en la elaboración de los productos, y en este caso, en la atención prestada a los mayores, como producto final de la atención al mayor.

El desencadenante aparece en forma de estrés laboral; como pueden ser los producidos por los estresores del ambiente físico: el ruido, la vibración de aparatos, la mala o excesiva iluminación, la inadecuada distribución del espacio físico, tiempo y trabajo. También cabe destacar las principales demandas productoras de estrés en el trabajo, las cuales son el trabajo por turnos, trabajo nocturno, la sobrecarga de trabajo (exceso de trabajo y excesivas demandas en relación con el ámbito físico); así como la exposición a riesgos (en este caso psicológicos), percepciones de situaciones productoras de los mismos (relación estresante, depresivas...), los pacientes mayores, de sus familiares o compañeros de trabajo en la asistencia al mayor. Tampoco podemos olvidar el desempeño de roles, las relaciones interpersonales y la adecuación al puesto de trabajo como desencadenantes de un estrés. Este repercutirá en la persona asistente y, como reflejo, en el paciente mayor, el cual “sufrirá” una inadecuada atención ofrecida por un profesional, el cual ha sufrido una situación estresante y ansiosa.

Por otro lado, y tomando las expresiones más relevantes, podemos destacar la importancia que la insatisfacción laboral tiene respecto a los riesgos laborales. Esta se puede considerar como un riesgo añadido. Propiciará la aparición de otros riesgos; derivados de una mala actuación o atención al mayor, desde la labor del profesional que interviene.

Si, además, según se dice en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), no sólo se trata del riesgo físico, sino que puede ser también psicológico, contemplamos la posibilidad de una mala atención a la psicopatología laboral como grado de influencia en la atención al mayor.

Se insiste en que la insatisfacción laboral y la incidencia en el absentismo por enfermedad, se justifica casi siempre con alguna dolencia de tipo ansioso-depresivo, con o sin somatizaciones. Además de éstas, las únicas que el médico de atención primaria puede diagnosticar, son las de incapacidad temporal.

Para justificar la relación existente entre el absentismo y la insatisfacción laboral se han consultado los datos de un estudio. En el estudio, dos grupos que prestan sus servicios en la administración estatal, sobre un total de 110 trabajadores seleccionados, se observa el absentismo de los trabajadores, su grado de insatisfacción laboral y, también, se busca la relación existente entre el uno y el otro, se desarrolla una intervención partiendo del reconocimiento médico, una anamnesis, historia laboral, exploración física minuciosa y pruebas complementarias.

Con todo esto y utilizando el programa informático EPIINFO, versión 5.01 para temas epidemiológicos, cabe destacar los siguientes datos y la valoración del absentismo laboral siguientes: El 46,4% de los trabajadores faltó, al menos, una vez al año. El 6,4% de los trabajadores se auto-acusa de “simulador”. El 16,3% de los trabajadores se considera “enfermo”. Los “simuladores” faltan, mayoritariamente, en dos o

tres períodos de tiempo de menos de cinco días de duración por período. Los “enfermos” faltan, mayoritariamente, un solo período de más de diez días de duración. Lo más generalizado es faltar un sólo período menor de cinco días.

Con todo esto, y con la valoración de la relación existente entre el absentismo y la insatisfacción laboral se hizo el estudio de tres grupos diferentes; y se obtuvo la siguiente clasificación:

- a) Trabajadores “simuladores”: En estos la relación es clara y los factores son los ya mencionados.
- b) Trabajadores “enfermos”: El número de insatisfechos es superior a lo esperado, un 61% de los individuos expresan sentirse poco o nada satisfechos con su trabajo.
- c) En el resto de los grupos no se observan relaciones posibles.

El estudio al que nos estamos refiriendo no permite conocer el absentismo del grupo, pero si se puede constatar que la mitad de los trabajadores estudiados faltó un período de tiempo al año; así, en el caso de los “enfermos” es mayor a diez días y en el de los “simuladores” suelen ser varios períodos cortos de tiempo.

De esto se extraen, así mismo, los factores que inciden sobre la insatisfacción: la organización del trabajo, jefes y superiores, y el tipo de trabajo realizado.

Por último, las soluciones a estos tipos de insatisfacciones deberían ser poco costosas y que incluyeran políticas de participación de los trabajadores en el conocimiento de los objetivos que se plantean las unidades de actuación en la entidades y servicios en los que trabajan.

El desgaste como “Síndrome de desgaste profesional”, de Ramos, F. y colaboradores es consecuencia de una inadecuada atención (*Revista Mapfre Medicina*, vol. 9, nº 3 [1998] 189-196). El estrés y los agentes estresantes externos que son causantes de la sobrecarga en el organismo de la persona consta de dos fenómenos: los acontecimientos vitales estresantes y las situaciones de tensión crónica.

Por otro lado las defensas del sujeto para enfrentarse al entorno o a procesos atribuidos a la naturaleza del conocimiento profesional y las inferencias sobre sí mismo, son en relación al entorno.

Otro aspecto es el desgaste profesional o “Burnout” (estar o sentirse “quemado”) que es utilizado en los ambientes sanitarios. Sus características son el agotamiento emocional y la despersonalización, en referencia a una serie de actitudes de aislamiento, y supone un contenido negativo y pesimista creado. Esto le proporciona al profesional una protección ante el agotamiento emocional. Por ejemplo distanciamiento de los compañeros de trabajo, y de los clientes que originan una deshumanización, se desprecia el entorno y se tiende a culpabilizar a los demás de las propias frustraciones.

Extraemos el punto de vista expresado por el autor De las Cuevas, al que se cita en el artículo (*Mapfre Medicina*, 1998, v. 9, nº 3), cuando da unas características esenciales del “burnout”: el desgaste profesional es más un proceso de un continuo temporal que una condición estática. También el desgaste profesional se entiende como un proceso de respuesta a una situación de estrés crónico; los trabajadores más

susceptibles al desgaste profesional han comenzado su carrera con dedicación idealista a los servicios humanos y, como no, el desgaste profesional se limita a trabajadores de profesiones de ayuda.

Además de estos cuatro puntos, el desgaste profesional viene estrechamente ligado a la depresión y a situaciones de otra índole, como el aburrimiento, insatisfacción laboral y acontecimientos vitales (life events).

Las políticas de prevención se basan en los factores de riesgo para aplicar una correcta evaluación y en el mismo nivel de importancia que los aspectos económicos acerca del abandono del puesto de trabajo, circunstancias que aparentemente pasan desapercibidas. Lo más importante sin duda alguna, es la atención o seguimiento (control) que se debe prestar a los procesos de organización y cultura empresarial de “cuidar al cuidador” esta circunstancia prioritaria podría ayudar a mejorar la atención del mayor si se evita el problema del desgaste profesional: Entendido como una parte esencial dentro de un servicio adecuado, y por esta misma razón, la calidad de vida para el mayor, y como consecuencia, para el profesional.

2.2. Metodología

La primera parte o puesta en marcha de la prueba experimental SITE, se desarrolla con una atención directa de información y orientación a los mayores de las asociaciones de jubilados de Sangüesa y Estella. En la segunda parte, se contempla la pasación de la encuesta en la que se planteó un panel informativo derivado de la exigencia de los usuarios para con la información ofrecida por los profesionales y del tratamiento correcto-incorrecto de la misma.

Por lo tanto, dentro de este estudio se plantea el *Análisis de la Realidad Asistencial del Mayor* para poder concluir si es o no necesario una intervención psicogerontológica (abordaje clínico) de apoyo al profesional, y en caso afirmativo, cual deberá ser esa intervención; según la hipótesis planteada. Siendo el objetivo concreto el “*de mejorar el conocimiento de la población atendida en las residencias navarras, constatar la calidad del servicio y definir estándares de calidad que permitan dar una atención adecuada a los residentes*”. Por lo que se pretende comprobar cuál debe ser el volumen de personal, medios técnicos necesarios, para mejorar la asistencia y las necesidades del complejo grupo de actuaciones que deben realizarse en torno al mayor, sus cuidadores y profesionales. Se refleja, así mismo, el aumento del número (25% en los últimos años) de ancianos asistidos frente a los válidos, que permanecen en su hogar.

2.2.1. Hipótesis de trabajo

La hipótesis de la que parte este trabajo es la de que la atención al mayor esta influenciada por la calidad de trabajo que el profesional disfruta; esto es, dependiendo

de la situación que tenga el profesional, la atención será mejor o peor; considerando que es *la optimización de la labor profesional la que con una mayor coordinación y reuniones periódicas entre profesionales mejora la atención al mayor*.

2.2.2. *Diseño de la investigación*

2.2.2.1. *Diseño*

El diseño de la investigación será cuasi-experimental en sus primeras y últimas fases y experimental en la aplicación de una prueba piloto de un Servicio de Información, así como el análisis estadístico de los resultados de una encuesta realizada a profesionales de la atención al mayor; además de contar con el referente del método hipotético-deductivo en el que tendremos en cuenta temas y teorías ya establecidas y estudiadas; así como conclusiones de los datos para poder determinar si el estudio (análisis) de la realidad asistencial a los mayores puede ser motivo de intervención, de asesoramiento y, orientación; de este modo se podrán plantear estrategias para dicha intervención.

Para desarrollar el trabajo de investigación se plantean los siguientes contenidos: Realizar una prueba experimental (basada en un estudio de las necesidades de los mayores) de un servicio de información para la tercera edad (denominado SITE) en Sangüesa y Estella; pasar una encuesta a los profesionales y analizarla; observación de los servicios, instalaciones y, por último, estudio y evaluación de los programas de intervención existentes.

2.2.2.2. *Pasos realizados. Estrategias*

Por medio de un proyecto de investigación presentado en la Universidad Pública de Navarra se desarrollo estudio y, posteriormente se obtuvieron los certificados del tutor y la Sección de Tercera Edad del Departamento de Bienestar Social del Gobierno de Navarra, con el fin de poder acceder con la corroboración de un seguimiento reconocido en residencias, centros de salud y servicios sociales. También se obtuvieron las listas de los recursos, que registrados en el Gobierno de Navarra, se facilitan gratuitamente. Así mismo, y conociendo la situación de la muestra en la que se realizará la encuesta, es decir, la intervención, se planteó un contacto previo por teléfono para obtener el permiso de las entidades involucradas; se preparó el material de las encuestas y los certificados para remitirlos, junto con una carta explicativa. Por último, se recogieron los resultados de la encuesta y fueron analizados mediante un programa de análisis estadístico (SPSSPC); y definitivamente se planteó una estrategia derivada de la investigación realizada.

2.2.3. *Medios empleados*

2.2.3.1. *Medios humanos*

Equipo formado por el alumno Fernando Trébol Unzué (Psicólogo) y realizador de este trabajo y, el profesor director de doctorado Emilio Garrido-Landívar; así como el profesor tutor Fermín M^a González García; ambos profesores de la Universidad Pública de Navarra en el Departamento de Psicología y Pedagogía.

2.2.3.2. *Medios materiales*

- Equipo multimedia para el desarrollo de la redacción, análisis y diseños de los materiales.
- Programa estadístico SPSS y programa de tratamiento de textos Word; ambos para entorno Windows '00.
- Cartas, certificados, sobres y demás material para remitir las encuestas.
- Cuadro de la coordinación en la investigación.
- Mapa de la coordinación en la investigación (Modelo Teórico del Aprendizaje Significativo).
- Diagrama “V” del Universo de los Mayores (Modelo Teórico del Aprendizaje Significativo).
- Encuesta a los profesionales de la atención a los mayores: presentación de las características de la encuesta; preguntas de la encuesta, modelo y ficha de la encuesta.
- Mapa conceptual de la encuesta a los profesionales de la atención a los mayores (Modelo Teórico del Aprendizaje Significativo).

2.2.4. *Descripción de la muestra*

En su mayor parte corresponde a personal de las residencias de la tercera edad existentes en Navarra; particularmente se han obtenido datos de personal de Servicios Sociales de Base y profesores que imparten clases a mayores.

La muestra total es de 154 encuestas anónimas realizadas en todas las residencias de ancianos de Navarra.

2.2.5. *Diseño de la encuesta para obtención de datos*

La encuesta cuenta con dos apartados diferenciados entre si; el primero pertenece a los datos sociodemográficos y el segundo a la encuesta propiamente dicha.

Esta encuesta va precedida, en cada uno de sus apartados, por una breve explicación para su pasación.

Los datos sociodemográficos tienen un espacio para las preguntas abiertas (edad) y delimitado el resto; y son: edad, sexo, estado civil, estudios, años de profesional, años en el servicio y el cargo que ostenta en el recurso donde se realiza la encuesta.

El apartado de la encuesta propiamente dicha, esta formado por 9 preguntas y cada una de ellas tiene cuatro respuestas posibles.

3. Resultados

Una vez enviadas las encuestas a todas las residencias de Navarra (58): las del Gobierno de Navarra (3) y las que, siendo privadas (la mayoría), tienen plazas concertadas con el Gobierno de Navarra y una en Logroño (La Rioja), previa solicitud de colaboración por escrito y contacto telefónico, se recibió respuesta de 18 residencias que supone el 31% del total.

La muestra es de 154 personas (personal de dirección, técnico, administrativo, auxiliar, y servicios generales).

Las preguntas se forman en base a las variables de estudio en la investigación, y se han extraído de la observación y seguimiento en la prueba experimental del Servicio de Información para la Tercera Edad (SITE).

A la hora de reflejar los resultados/respuestas de forma estadística se presentan las frecuencias de las respuesta obtenidas en todos los ítem por orden alfabético y de la siguiente manera: La descripción por medio de la desviación típica a tener en cuenta, la varianza, amplitud, el mínimo y el máximo; por otro lado la tendencia central con la media, mediana, moda y la suma; del mismo modo la distribución en la asimetría y curtosis de los datos; siendo el resumen de ítems es el siguiente:

Tabla 1
Relación de variables utilizadas

1. "Bienestar":	¿Cómo mejoraría el bienestar social y psicológico de los Mayores en las zonas más desfavorecidas?
2. "Edad":	Edad de los sujetos que responden.
3. "Cargo":	Cargo de responsabilidad profesional.
4. "Civil":	Estado civil del entrevistado/a.
5. "Contacto":	Contactos con otros servicios.
6. "Contitul":	Años transcurridos desde la obtención de los estudios.
7. "Correcto":	Los casos derivados son bien atendidos.
8. "Estrateg":	Estrategias utilizadas para atender una demanda.
9. "Estudios":	Tipo de estudios cursados.
10. "Kideak":	Si su compañero puede atender.
11. "Laborbie":	Cuando se cree haber realizado bien una tarea.
12. "Mejorar":	¿Qué haría para mejorar la coordinación existente entre los profesionales de la atención a los mayores?
13. "Nocopet":	¿Qué hace cuando algo no le compete?
14. "Pasos":	¿Qué pasos realiza para atender correctamente?
15. "Servicio":	Años en el puesto de trabajo, en este servicio.
16. "Sexo":	Sexo del/a entrevistado/a.
17. "Solapami":	Si existe solapamiento ¿Qué debe hacer?

De entre todas estas se han elegido las que, de alguna manera, han ofrecido una fiabilidad sobre la hipótesis expuesta: son las variables de "bienestar", "labor bien realizada", "mejora de la coordinación", "pasos realizados para atender" y "existencia de solapamiento".

3.1. Análisis de los resultados

Para el análisis de los resultados obtenidos destacaremos la variable de "Bienestar" en la que las personas encuestadas, mayoritariamente, opinan en un 40% que serían necesarios *más servicios*; así mismo, un grupo importante destaca la *optimización de los servicios existentes* con un 31,8%. No obstante, la hipótesis se confirma en parte respecto a la *coordinación* en la que un 37% opina que debería ser *mayor*.

Las variables relacionadas con la *mejora del servicio* prestado y, como factor que incide en la calidad asistencial para el mayor residenciado, se plantea la hipótesis de trabajo ya citada. Son, por lo tanto, el “Contacto” que mantienen con otros servicios el 63% de los empleados de las residencias o servicios de atención al mayor, y con la suma de contactos puntuales de otro 17,5%. Además las *derivaciones* que deben hacerse se valoran correctamente realizadas por el 51,9%, y el 33,1% las considera correctas; aún así, el 9% las considera incorrectas, que nos da una referencia del tipo de derivación realizada (no adecuada y por lo tanto mal atendida).

Todo lo citado hasta el momento debe ser atendido y estudiado para derivar un caso, así como atender una demanda por medio de unas “Estrategias”, las cuales son utilizadas de esta manera: *Entrevista* en un 46,8% de los casos, Cuestionarios, Anamnesis y Entrevistas, *Todas*, en un 31,2% de los casos, que deberán estar relacionadas con las derivaciones que se realicen entre los profesionales del mismo servicio o recurso, o con todos; que podemos constatarlo con los datos de la derivación realizada a un compañero competente de realizar la atención y el seguimiento. Vemos que el 58,4% de *derivaciones directas*, sin informe ni entrevista, supera a las entrevistas en un 12%. Por otro lado, el 22,7% hace un *informe correspondiente* y el 11,7% realiza la *entrevista*, que entendemos corresponde al 12% de más –en este caso de menos– correspondiente a la diferencia existente entre las derivaciones realizadas sin entrevista ni informe (apuntar datos, rellenar fichas...).

No obstante, el personal considera haber *realizado bien su labor* en un 44,4% de los casos y, además, el 45,5% considera que lo hace *bien algunas veces*. Cuando atienden lo que no es de su competencia, expresan haber *derivado la consulta*, y cuando existe una dusa, casi siempre, un 72,75 de las veces; y atienden lo que no les compete el 21,4% de las personas encuestadas.

Después de todas estas aproximaciones se plantea una pregunta para conocer como se puede realizar la mejora de la atención con cuatro factores entre las respuestas posibles: 1: No derivar siempre, 2: Derivar, 3: Reuniones periódicas, 4: Conocer los otros servicios. Las personas encuestadas han respondido que plantearían *reuniones periódicas* en el 56,5% de los casos (la mitad de las personas encuestadas) y un 37,7% cree que deberían *conocerse mejor los demás servicios*. Del mismo modo se corresponde con el dato de que el 59% de las personas encuestadas *derivaría a otro servicio* para atender correctamente y un 37,7% lo *citaría para otro día*. De esta manera podemos justificar la existencia de un solapamiento en algunos servicios de la atención al mayor, en el que, si existe algún tipo de solapamiento entre servicios, se plantea en un 86,4% de los casos *atender y derivar*, por lo que relacionado con la falta de conocimiento de otros servicios o necesidad de conocerlos, el 37,7%, que se refleja en la necesidad para coordinarse entre servicios o profesionales de un mismo servicio.

En definitiva, y a modo de conclusión, podemos decir que la mejora en la atención al mayor vendrá dada por una optimización de la labor profesional y mejor conocimiento del recurso adecuado para atender. Todo ello respaldado por una mayor co-

ordinación e implicación del personal por medio de comunicaciones y formación del trabajo en el que se deben implicar, cuidando, también, el riesgo laboral en este ámbito, que puede ser causado, como en otros empleos, por una mala asignación de funciones y desmotivación, acumulación de funciones mal asignadas, así como acompañado de un absentismo laboral y falta de buena salud, causada por agotamiento y estrés derivados también del solapamiento de trabajo o labor profesional; y por consiguiente repercutirá en la atención al mayor. La propuesta que hacemos, es la intervención psicogerontológica para la mejora de la asistencia al mayor, la cual se realizará a través del profesional.

Del mismo modo deberíamos considerar que las personas que más tiempo llevan en el puesto prestan mejor servicio y que en esta encuesta corresponde a un 32,5% de personas de 10 años y más y, el 38,3% no supera los 10 años de empleo en un puesto concreto (24,7% de 3 a 6 años y 13,6% de 6 a 10 años); por lo que el servicio prestado por la mayoría no da garantías de experiencia de más de 10 años.

Por último y correlacionando cuatro variables entre sí, se obtiene el resultado de una correlación entre las variables “pasos que debe dar un profesional” de la atención al mayor y la “consecución del bienestar social y psicológico del mayor” en casos desfavorecidos o de prestación de servicios de ayuda; y que se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 2
Coeficientes de correlación

VARIABLES “BIENESTAR”, “SOLAPAMIENTO”, “MEJORAR” Y “PASOS PARA DERIVAR”.

Se especifican en esta tabla los coeficientes “p” que indican la existencia de *correlación entre los pasos que debe dar un profesional de la atención al mayor y la consecución del bienestar social y psicológico del mayor* en casos desfavorecidos.

	<i>Bienestar</i>	<i>Solapamiento</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Pasos</i>
Bienestar	1,0000 (149) p=0,0	-,1282 (146) p=0,123	-,0285 (148) p=0,731	-,2544 (146) p=0,002
Solapamiento	-,1282 (146) p=0,123	1,0000 (148) p=0,0	-,0642 (146) p=0,442	0,1086 (146) p=0,192
Mejorar	-,0285 (148) p=0,731	-,0642 (146) p=0,442	1,0000 (150) p=0,0	0,1005 (146) p=0,226
Pasos	-,2544 (146) p=0,002	0,1086 (146) p=0,192	0,1005 (147) p=0,226	1,000 (150) p=0,0

(...): número de casos

Tabla 3
Resultados según variables

Variable	Planteamiento				
<i>Bienestar</i>	Más servicios 40%	Optimizar servicios 31,8%		Más coordinación 37%	
<i>Mejorar el servicio</i>	Contacto entre servicios 63%	Contactos puntuales 17,5%	Derivaciones correctas 51,9%	Muy correctas 33,1%	Incorrectas 9%
<i>Estrategias para trabajar</i>	Entrevistas 46,8%	Cuestionar Anamnesis Entrevista 31,2%	Derivación directa 58,4%	Informe 22,7%	Otras 11,7%
<i>Labor bien realizada</i>	Bien 44,4%	Bien algunas veces 47,5%	Derivar la demanda 72,75%	Lo que no le compete 21,4%	
<i>Mejorar la atención</i>	Reuniones periódicas 56,5%	Conocer mejor servicios 37,7%	Derivar a otro servicio 59%	Citar otro día 37,7%	Atender y derivar 86,4%

3.2. Conclusiones

1. Respecto a la mejora del bienestar social y psicológico las personas encuestadas, y teniendo en cuenta la hipótesis de trabajo, se observa en el análisis de la realidad asistencial a los mayores, en los resultados obtenidos, así como en el estudio realizado por Bienestar Social en las residencias geriátricas de Navarra, la necesidad de optimizar la labor profesional que con una mayor coordinación y reuniones periódicas entre profesionales mejorará la atención al mayor; y de la misma manera, hace referencia a la necesidad de conocer la población atendida y la calidad del atención o servicio prestado.

2. El tipo de derivación realizada no es adecuada y por lo tanto el mayor es mal atendido según lo expuesto en el análisis correspondiente a este aspecto, en el cual la mayoría de empleados de las residencias o servicios de atención al mayor (63%) derivaría a los servicios donde tiene contactos o con los que mantiene contactos, pero el número de demandas derivadas, sin sondear a que tipo de servicio o re-

curso debe ser enviada o derivada, es mucho mayor (derivaciones de demandas 72,75%). Así mismo, la suma de contactos puntuales de otro 17,5%. Además las *derivaciones* que deben hacerse se valoran correctamente realizadas por el 51,9%, y el 33,1% las considera correctas; aún así, el 9% las considera incorrectas, que nos da una referencia del tipo de derivación realizada.

3. **Existe solapamiento en algunos servicios** de la atención al mayor según lo extraído en el análisis de los datos y que nos permite, de esta manera, concluir que es debido a una atención previa a la derivación de las demandas en el 86,4% de los casos, habiendo obtenido como respuesta, que el 37,7% de los profesionales creen necesario conocer los demás servicios para realizar una derivación, y refleja la necesidad para coordinarse mejor entre servicios o profesionales de un mismo servicio.

4. Concluimos diciendo que se debe considerar incongruente el hecho de que un profesional considerando la **necesidad de conocer los demás servicios para coordinarse mejor**, cosa que dicen ser necesaria, junto con las reuniones periódicas, para la mejora del bienestar social y psicológico de los mayores en zonas desfavorecidas –podríamos aplicarlo a situaciones desfavorecida–, no se corresponde con una buena atención, dado que se fomenta el solapamiento entre profesionales de la atención al mayor; lo que queda reflejado en el dato de que casi todos los profesionales deciden atender mediante una entrevista e incluso citando a la persona (dejando el asunto) para otro día, derivarlo a un servicio o compañero que no saben si le corresponde atender esa demanda que no puede atender, o no debe atender, como bien se refleja en el dato correspondiente a la derivación de no competencia que se da en un 72% de los casos.

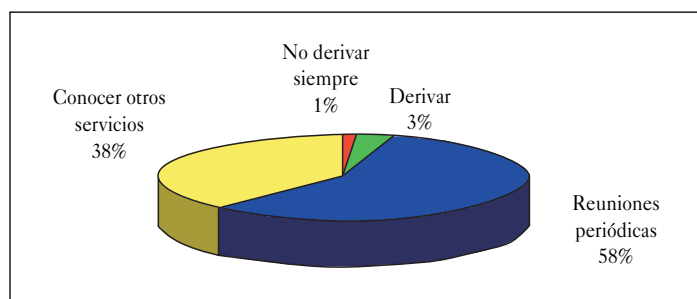
5. En definitiva, y a modo de conclusión final, podemos decir que **la mejora en la atención al mayor** vendrá dada por una *optimización de la labor profesional y mejor conocimiento del recurso adecuado para atender*. Todo ello respaldado por una *mayor coordinación e implicación del personal por medio de comunicaciones y formación del trabajo en el que se deben implicar*, cuidando, también, el riesgo laboral en este ámbito, que puede ser causado, como en otros empleos, por una mala asignación de funciones y desmotivación, acumulación de funciones mal asignadas, así como acompañado de un absentismo laboral y falta de buena salud, causada por agotamiento y estrés derivados también del solapamiento de trabajo o labor profesional; y por consiguiente repercutirá en la atención al mayor. La **propuesta** que hacemos, es la **intervención psicogerontológica** para la mejora de la asistencia al mayor, la cual se realizará a través del profesional.

6. La propuesta de una **intervención psicogerontológica** establecerá la manera de evitación del solapamiento mediante la formación del personal y la coordinación entre puestos de un mismo servicio o recurso, e incluso entre diferentes servicios o recursos de una misma comunidad. Todo ello con el conocimiento de estos últimos y con la planificación de lo que deberá ser la intervención con el mayor. De esta manera, la intervención psicogerontológica aportará una atención directa a la actuación profesional, y para mejorar su labor diaria. Su fin será el de facilitar el trabajo laboral

de la atención al mayor; además de marcar las directrices de intervención con el mayor asistido y necesitado de una atención profesional adecuada a sus deterioros y patologías. También desarrollará el perfil adecuado del profesional para no solapar las competencias dentro de un mismo servicio y conseguir la descongestión de demandas en otros servicios o atenciones profesionales dentro de una misma comunidad; de esta manera se cree mejoraría la salud y atención prestada al mayor.

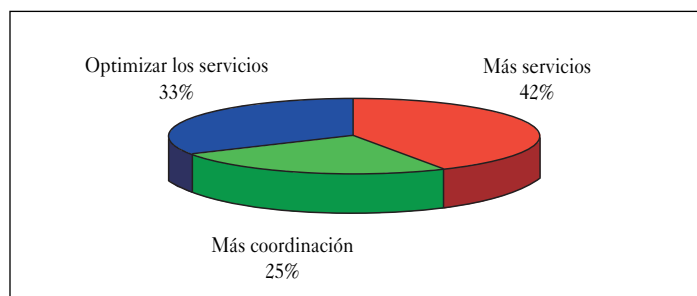
Gráficos de los resultados

Gráfico 1
Qué harías para mejorar la coordinación existente



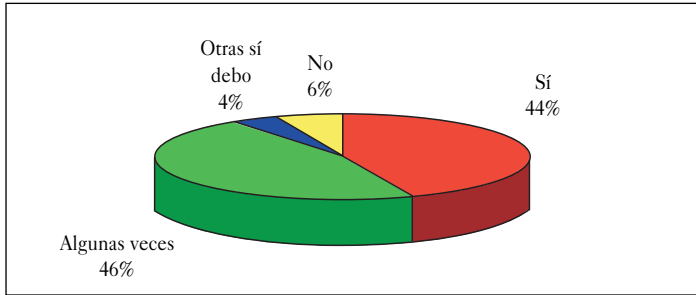
Trébol, 1999

Gráfico 2
Como mejorarías el bienestar social y psicológico



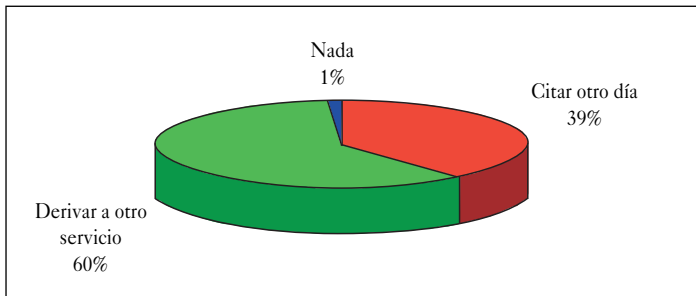
Trébol, 1999

Gráfico 3
Crees que realizas bien tu labor



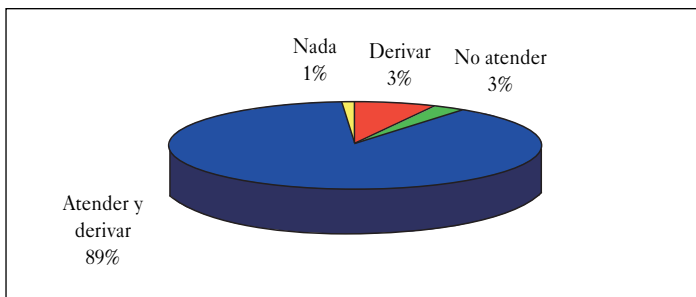
Trébol, 1999

Gráfico 4
Qué pasos realizas para atender correctamente



Trébol, 1999

Gráfico 5
Si existe solapamiento, que debe hacerse



Trébol, 1999

Bibliografía

- Aragones, José Ignacio y Amenigo, María (1998): *Psicología Ambiental*. Pirámide.
- Arteche García, Alejandro (1994): *Tesis: Guía del usuario*. Ed. CITA.
- Bize, P.R. y Vallier, C. (1976): *Una vida nueva: la 3ª edad*. Bilbao, Ed. Mensajero. IIª parte: *Sobre las manifestaciones físicas*. IIIª parte: *Sobre las psíquicas*, pp. 58 y 86.
- Bueno, Belén y Vega, José Luis (1995): *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid, Síntesis.
- Carreras Oanchón, Antonio (1994): *Guía Práctica para la elaboración de un trabajo científico*. Ed. CITA.
- CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) (abril 1990): *Situación social de los viejos en España*. Madrid, Estudios y encuestas, n° 21.
- Código Deontológico del Psicólogo*.
- Costentin, Jean (1996): *Los medicamentos del cerebro*. Editorial Debate.
- Diccionario de la RAE-Real Academia Española* (1996).
- Diccionario Alfa* (1986). Barcelona: Salvat.
- Fernández-Ballesteros, Rocio (1991): *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Madrid, Ed. Fundación CajaMadrid, Universidad Autónoma de Madrid e IMSERSO.
- Flórez Lozano, José Antonio (1996): *Enfermedad de Alzheimer*. Barcelona, Edika Me.
- Gil, Francisco y León, José María (1998): *Habilidades Sociales: Teoría, investigación e intervención*. Síntesis.
- Giselher Gutmann (1976): *Introducción a la Neuropsicología*.
- INBS (Instituto Navarro de Bienestar Social-Gobierno de Navarra), 1998.
- Joan Bellavista *et al.* (1997): *Evaluación de la investigación*.
- Jornadas de Psicología en Navarra (IIIª) (1995): Conferencias y comunicaciones. “Deontología y profesión: la imagen de la Psicología”. Pamplona: COP en Navarra, Departamento de Psicología y Pedagogía de la UPNA, 537-543.
- Kane, Rosalie A. (1993): *Evaluación de las necesidades en los ancianos: guía práctica sobre los instrumentos de medición*. Madrid, Ed. Fundación CajaMadrid.
- Lonetto, Richard y Templer, Donald J. (1992): *Ansiedad ante la muerte*. Barcelona, Iatros ediciones.
- Lasso de la Vega, Javier. (1977): *Cómo de hace una tesis doctoral*. Madrid, Ed. Fundación Universidad Española.
- Lauson Whintney, Frederik (1985): *Elementos de investigación*.
- MacIntyre, Alasdair (199?): *Tras la virtud*. Ed. Crítica.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1996): Documentos técnicos: “Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos”. Madrid, Universidad Complutense de Madrid e IMSERSO.
- Minois, Georges (1987): *Historia de la vejez: de la antigüedad al renacimiento*. Madrid, Nerea.
- Ortega, José Eugenio (1980): *Fuentes documentales en Psicología*. Madrid, Ed. Debate.
- Quesada Herrera, J. (1987): *Redacción y presentación del trabajo intelectual*. Madrid, Ed. Paraninfo.
- Ruiz, Juan Francisco; Anfruns, Eva y Masferrer, Pilar (1997): *80 Profesiones originales*. Barcelona. Salvat.
- Rueda Estrada, José Daniel (199?): *Deontología de la Intervención Social*. Universidad de Valladolid, Escuela de Trabajo Social.
- Sanzol, Alfredo (1996): *De la 3ª edad y 2ª de actividad*. Pamplona.

- Sanz de Acedo, M^a Luisa y Garrido-Landívar, Emilio (1997): *Psicología: mente y conducta*, Bilbao, Descleé de Brouwer.
- Servicios Sociales (1995): *Las personas mayores en España*. Madrid, IMASERSO.
- (1997): *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid, IMSERSO.
- (1991): *La tercera edad: necesidades y demandas*. Madrid, IMASERSO.
- Sierra Bravo, R. (1999): *Tesis Doctorales y trabajos de Investigación Científica*. Madrid, Ed. Paraninfo.
- Schön Donald, A. (1998): *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Paidós.
- Zorrilla, Santiago (1997): *Guía para elaborar la Tesis*. Ed. McGraw-Hill.

RESUMEN:

Este estudio de la realidad asistencial a la población mayor de 65 años, dentro de las instituciones de la Comunidad Foral de Navarra, se ha desarrollado mediante una encuesta; en ésta, se han introducido las variables observadas durante la prueba experimental Servicio de Información para la Tercera Edad (SITE), desarrollada durante ocho meses en las localidades navarras de Sangüesa y Estella. El SITE consistió en prestar una atención directa para conocer las demandas de información y temas de los mayores y, posteriormente, se diseñó un panel de información mediante fichas de clasificación para la auto consulta.

Como resultado de la prueba experimental se diseñó una encuesta, que se centra en el estudio de la *optimización de la labor profesional, que con una mayor coordinación entre el personal y servicios, así como reuniones periódicas de trabajo entre profesionales mejora la atención al mayor*.

Mayoritariamente se ha contado con las respuestas del personal dedicado a la atención directa del mayor, y por lo tanto, conocedor de la realidad asistencial.

En este estudio cabe destacar aquellas variables sobre las que, de manera hipotética, el profesional incide más desde su desempeño profesional. El perfil del profesional y la deontología son el contexto teórico que marca la directriz del estudio y que se trata en la “tarea” y “labor desempeñada”; siempre, y a modo de marco de intervención, el *que se puede hacer y que se debe hacer*, podría ser el lema de una virtud profesional a la hora de prestar una atención, realizar una derivación, una coordinación, etc.

Por otro lado, la relación existente entre la satisfacción profesional y el absentismo laboral, mala atención, etc., se correlaciona con el desgaste profesional; el cual es consecuencia de una inadecuada atención o relación entre profesionales. Con todo, el estudio nos ofrece esta correlación entre los pasos que el profesional debe realizar para atender adecuada y coordinadamente y la consecución del bienestar entre los mayores, y por consiguiente, podríamos decir, en la salud psicofísica del profesional.

PALABRAS CLAVE:

asistencia / mayor (personas mayores) / profesional / relación laboral en asistencia. (Asistencia al mayor; asistencia al profesional del mayor; el profesional de la atención al mayor; mejor relación laboral mejor asistencia al mayor)

LABURPENA:

Nafarroako Foru Komunitateko erakundeetan 65 urte baino gehiagoko biztanleriak jasotzen duen asistentzia errealitatea aztertzeko, inkesta baten bitartez egin da; honetan, Hirugarren Adinekoentzako Informazio Zerbitzua (SITE) izeneko froga esperimentalean, eta zortzi hilabetetan zehar, Lizarra eta Zangozako herrietan behatutako aldagaiak barneratu dira. SITE-a adinekoen gaiak eta informazio eskaerak ezagutzeko zuzeneko atentzioa eskeintza batean oinarritu zen, eta ondoren, antokuntsularako fitxetako informazio panel bat antolatu zen.

Froga esperimentalaren emaitzetan oinarrituta inkesta bat diseinatu zen, SITE-ren emaitzen bitartez. *“arituena lana optimizatzeko, zerbitzu eta arituena arteko koordinaketa areagotuz, zein arituena arteko lan bilera ugariaz adinekoarekiko atentzioa hobetuko da”* ikasketan zehazten den edukia da.

Gehien bat adinekoen atentzio zuzena egiten duten arituengan zentratuta inkestak izan dira, eta horregatik, asistentziaren errealitatea ondo ezagutzen dutenak.

Ikerketa honetan arituak, bere eginkizunekin, gehien eragiten dituzten aldagaiak azpimarratu dira, nahiz era hipotetikoan izan, eta batez ere horrekiko kontutan hartu behar den disziplinartekotasuna tartean dela. Arituerearen perfila eta deontologia ikerketaren erroa zehazten diguten eremuak dira eta, burututako lana zein eginkizunetan jorratzen den; beti ere, eskuhartzearen ainguraketa izaki, *“zer egin ahal eta zer egin behar”* artean, atentzio bat, deribaketa, koordinaketa, e.a., egiteko unean, ezberdindu behar den arituerearen birtutea, arituena leloa litzateke.

Bestetik, arituerearen satisfakzioa, lanera ez joatea, atentzio txarra, e.a., arteko erlazioa, *“profesionalki erreta sentitze”* horrekin koerlazonaturik dago; hau bera arituena arteko harremana ala atentzio ez egokiaren ondorioa litzateke. Hau guziarekin, arituera era koordinatuta eta atentzio egokia burutzeko, aipatu koerlazioa, adinekoengan ongizatea lortze ahaleginaren artean kokatzen da, eta beraz, esan genezake, arituerearen osasun psikofisikoan.

HITZ GAKOAK:

asistentzia / adienkoa (adineko pertsonak) / arituera (adituera) / asistentziarako harreman profesionala.

(Adinekoarekiko asistentzia; adinekoarentzako arituerearen asistentzia; lan harreman hobea orduan adinekoarentzako asistentzia hobea)

ABSTRACT:

The current care service for over 65s provided by the various government institutions in Navarra was studied in a survey that included the variables observed during an experimental Senior Citizens' Information Service project (SITE), that was developed over an eight-month period in Sangüesa and Estella (Navarra). The SITE project consisted of providing a direct service designed to identify the information needs and issues concerning senior citizens. Subsequently, an information panel was designed with specific areas for independent consultation.

The results of the SITE project were used to justify and design a survey whose ultimate aim was to *optimise professional care, in the belief that greater co-ordination between staff and services, and periodic meetings between professionals working in similar fields will result in improved senior citizen care.*

The survey focused mainly on professionals who work in direct contact with the elderly and are therefore familiar with all aspects of the care service that is currently provided.

The study paid special attention to those variables which, hypothetically at least and bearing in mind the interdisciplinary nature of the work, are most affected by the labours of professional care workers. Professional profile and deontology form the study's guiding theoretical framework and the basis of the work and tasks performed. From an interventional point of view, the motto *what can be done and what should be done* may serve to define true professionalism when providing care, making a referral, co-ordinating, etc.

Furthermore, the relationship between professional satisfaction and absenteeism, poor care, etc. correlates with professional fatigue, itself the result of inadequate inter-professional support or relations. The study includes this correlation among the steps that professionals should take in order to provide an adequate and well co-ordinated service which contributes not only to the well-being of senior citizens but to their own psychophysical health also.

KEY TERMS:

care service / senior citizen (the elderly) / professional / care service working relations.

(Care of the elderly; care of the care worker; professional senior citizen care worker; improved working relations, better care service)

Estrés laboral en enfermería hospitalaria: un estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento

Mary Meza Benavides* / Milagros Pollán Rufo** / M^a Inés Gabari Gambarte***

1. Introducción

La atención a los problemas de salud y la prevención de la enfermedad es actualmente un campo multidimensional en el que se requiere la intervención de varias disciplinas, tanto de las ciencias de la salud como de las ciencias sociales. Dentro de esta nueva visión del proceso salud-enfermedad, ha venido desarrollándose en forma muy importante durante los últimos años, la intervención de los profesionales que trabajan en el campo de la Salud Mental. Esta intervención ha aportado grandes avances en la comprensión y solución de los problemas de salud de grupos de población en todas las edades.

Las contribuciones se han dado en diferentes direcciones, especialmente se ha avanzado en el estudio y las estrategias psicológicas para la incorporación de hábitos saludables y la modificación de patrones conductuales en la vida de las personas, que permitan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Dentro del campo de investigación y aplicación de la Enfermería en Salud mental, podemos mencionar que uno de los temas que ha tenido gran desarrollo en los últimos años es el estrés y sus implicaciones sobre la salud de la población, tema que

* Licenciada en Enfermería con énfasis en Salud Mental y Psiquiatría. Investigadora y docente de la Escuela de Enfermería. Universidad de Costa Rica.

** Dra. en Psicología. Titular de Psicología Básica. Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra.

*** Dra. en Pedagogía. Titular de Didáctica y Orientación Escolar. Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra.

ha seguido varias líneas de investigación, por ejemplo se han dado avances muy importantes en el conocimiento sobre la relación del estrés, la enfermedad y el dolor; por otra parte también se ha profundizado en la exploración de factores de estrés en poblaciones específicas y en el estudio del estrés laboral.

La investigación que se presenta en este momento se inscribe dentro de esta última línea, con un enfoque preventivo y abarca como objeto de estudio el estrés dentro del ambiente laboral.

El propósito es aportar conocimientos a la problemática del estrés laboral dentro de un enfoque que se refiere específicamente a los eventos estresantes de los y las profesionales de enfermería. Además se propone explorar sobre las variables cognitivas que intervienen en la respuesta al estrés; estas variables incluyen la evaluación que las personas hacen de su ambiente de trabajo, el estilo de afrontamiento y las consecuencias de este proceso sobre su salud.

2. Marco teórico y metodológico

Los conocimientos sobre estrés ocupacional en los/las profesionales de la salud nos aproximan a entender en qué proporción se experimenta la severidad de los síntomas físicos tales como dolor de cabeza, dolor de espalda, vómitos, aumento en la frecuencia cardíaca, dificultades del sueño; síntomas afectivos indicadores de tensión tales como ataques de pánico, depresión y ansiedad; síntomas de conductas no usuales como la agresividad, alcoholismo, rumiación sobre los problemas; síntomas cognoscitivos como temores, pensamientos en torno a errores, olvidos, juicios pobres, falta de razonamiento o disminución de percepciones (Payne y Firth-Cozens, 1987).

Podemos conocer además cómo se distribuyen estos síntomas en los diferentes grupos de profesionales lo que nos brinda información en cuanto a diferencias individuales de afrontamiento al estrés. Cuando se consulta a los profesionales en salud sobre qué área de su vida consideran que les causa más tensión, lo atribuyen a su trabajo, a diferencia de otros trabajadores que lo atribuyen a diferentes áreas de su vida (Warr y Payne, 1982, citado en Cooper y Payne, 1988).

Los niveles de estrés varían a través de las diferentes profesiones en salud (Porter, Howle, Livinson, 1987, Fitter, 1987, Payne y Firth-Cozens, 1987), sin embargo, los estudios realizados encuentran que las principales fuentes de estrés son compartidas y señalan como principal la sobrecarga de trabajo (Payne y Firth-Cozens, 1987, Ivencevich y Matteson, 1987, Estryn Behar, 1990).

Varios autores han mencionado el peligro potencial para los pacientes ocasionado por la presión del tiempo en los profesionales (Payne y Firth Cozens, 1987, Firth Cozens y Shapiro, 1986). Se ha documentado la posibilidad de cometer errores, la dificultad de tomar decisiones y los trastornos en la memoria cuando los niveles de estrés son altos (Firth y Shapiro, 1986). También se ha demostrado en estos trabaja-

dores la asociación entre estrés y responsabilidad por otras personas (Caplan, 1975, Payne y Firth-Cozens, 1987).

Dentro del grupo de profesionales de la salud, el estudio del estrés ocupacional en los profesionales sanitarios (enfermería), ha sido objeto de interés de numerosos investigadores, entre otros, Gray-Toft (1980), Payne y Firth-Cozens (1987), Cooper y Baglioni (1988), Lyons (1987), Estryn-Behar (1990), Campos y Meza (1990), Gray-Toft y Anderson (1981), Fitter (1987), Jhones (1987).

Se considera que el estrés en el personal de enfermería afecta directa e indirectamente la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes así como su estado de salud (Gray-Toft, 1980). Además, el estrés podría ser la principal causa de desgaste, insatisfacción laboral, rotación excesiva, dificultades para el reclutamiento, deserción, ausentismo e incapacidad (Payne y Firth-Cozens 1987, Gray-Toft 1980, Gray-Toft y Anderson 1981). Esta profesión es considerada como potencialmente estresante y es importante señalar que no puede ser vista como una profesión homogénea (Jones, 1987), Marshall (1980) dado que las fuentes de estrés en el trabajo pueden ser diferentes en diferentes actuaciones profesionales.

Los/las trabajadores de la salud, según algunos autores, son los primeros en la manifestación de síntomas como: fatiga, falta de energía, incapacidad para mantener la rutina habitual, labilidad emocional e irritabilidad, dificultades de concentración, letargo o apatía, desinterés por el entorno/introspección, ansiedad, depresión, tensión muscular, dificultades del sueño, uso de drogas y morbilidad psiquiátrica (Estryn-Bahar, 1990).

Dentro de los daños a la salud se encuentra un patrón de desgaste caracterizado por un compromiso corporal que afecta principalmente el sistema osteomuscular y cardiovascular (Kohen, 1990). La afección psíquica se expresa en algunas ocasiones como depresión ante la muerte, síntomas neurasténicos y neurosis entre moderada y leve. En algunos casos se da la indiferencia ante la muerte del paciente, lo cual podría ser explicado como una adaptación, como mecanismo de negación o como elemento de protección (Kohen, 1990).

El trabajo de los/as profesionales de enfermería participa de un gran compromiso emocional; esto podría convertirse en una excesiva tensión emocional si las condiciones laborales las someten a jornadas agotadoras, sobrecarga de trabajo, dificultad para trabajar en condiciones óptimas de tiempo, material, equipo y personal (Livingston y Livingston, 1984, Campos y Meza, 1990).

El estudio de Livingston y Livingston (1984) demostró una significativa relación entre el tiempo que las enfermeras/os dedican a sus pacientes y el aumento en los niveles de estrés; enfermeras jóvenes con menos experiencia pasan más tiempo con sus pacientes que aquellas con más experiencia, refiriendo las primeras más síntomas psicológicos de estrés.

Otra importante condición laboral que afecta la salud de las enfermeras es el horario rotativo y la jornada nocturna; ésta tiene consecuencias fisiológicas como la ruptura del “ritmo biológico circadiano” y afecta la vida familiar y social. Las enfermeras

manifiestan que la jornada rotativa altera su estado de ánimo, siendo las principales manifestaciones la angustia, el enojo, aumento en la tensión e irritabilidad (Campos y Meza, 1990, Estry-Behar, 1990, Lyons, 1987).

Dentro de las aportaciones al conocimiento del estrés ocupacional en enfermeras, el término “burnout” (que podría traducirse como desgaste) introducido por Maslach, 1980, describe en forma alarmante las consecuencias de la exposición constante a las diferentes fuentes de estrés en el trabajo. El desgaste, señala Maslach, se presenta en individuos que trabajan con personas y puede definirse como un proceso altamente insidioso en el cual inicialmente los trabajadores sienten un estado de cansancio o desgaste emocional como resultado de un desequilibrio entre sus capacidades y las demandas del trabajo, produciéndose un estrés caracterizado por el denominado síndrome de exhaustación emocional, actitudes cínicas y negativas experimentadas hacia el paciente y hacia sí mismas; las personas refieren sentirse muy cansadas antes de ir a su trabajo, excesiva fatiga y dificultad para el descanso (Estry-Behar, 1990, Jones, 1987).

3. Objetivos

La metodología que ha guiado las investigaciones sobre estrés ocupacional en enfermeras/os ha sido dirigida hacia tres principales áreas:

- La primera se refiere a la investigación epidemiológica y a estudios que buscan establecer el enlace entre estrés ocupacional y salud, considerando además variables psicológicas como personalidad, estrategias de afrontamiento y evaluación cognoscitiva. Investigaciones en este campo son las de Estry-Behar (1990), Cooper y Baglioni (1988), Topf (1989), Jones (1987), Payne y Firth-Cozens (1987). Dentro de esta área cabe mencionar una investigación en enfermeras de Cuidados Intensivos en la ciudad de Quito (Kohen, 1990). El estudio se abordó desde la Medicina, la Psicología y la Antropología, utilizando técnicas de investigación participativa y tradicional, aplicando una encuesta colectiva sobre condiciones de trabajo, entrevista individual, valoración psicológica y mediciones de presión arterial, temperatura axilar, frecuencia cardiaca, cortisol plasmático al entrar al trabajo, cuatro horas después de estar trabajando, al final de la jornada laboral y en reposo el segundo día de descanso.
- La segunda área de investigación está dirigida a identificar estrategias de afrontamiento y las principales fuentes de estrés en el trabajo de las enfermeras y su relación con las alteraciones de salud. Algunos ejemplos en esta área son los trabajos de Livingston y Livingston (1984), McAbee (1991), Willis (1991), Goldenberg y Waddell (1990), McGrath (1989), Mansfield (1989), Revicki (1989), Campos y Meza (1990) y Cooper y Baglioni (1988).
- La tercera tendencia aborda la intervención psicológica como estrategia para afrontar el estrés ocupacional, mencionando técnicas cognoscitivo-conductuales

así como la facilitación en la formación de grupos de apoyo (Gray-Toft, 1980, McAbee, 1991, Allanach, 1988) y aspectos técnicos y metodológicos para la atención del estrés ocupacional en enfermeras hospitalarias, Lyons (1987).

Una aproximación teórica que abarca estas tres áreas de investigación es la Teoría de los Procesos Cognoscitivos desarrollada por Lazarus y Folkman (1986) en la que el estudio de las diferencias individuales ha aportado importantes conocimientos a la investigación sobre el estrés. En términos generales, el estrés psicológico es considerado como el resultado de la interacción entre el individuo y su entorno, evaluando dicha interacción como amenazante o desbordante de sus capacidades para afrontarla.

Por lo tanto dentro de este proceso cognoscitivo la evaluación y el afrontamiento van a determinar la respuesta ante el estrés.

Este marco conceptual, así como el análisis de los planteamientos metodológicos en que se basan las investigaciones del estrés ocupacional nos permite dirigir la presente investigación en términos de estudiar:

- En primer lugar los eventos o situaciones del ambiente laboral que son consideradas como estresantes para un grupo específico de trabajadores en este caso las enfermeras hospitalarias que trabajan en la atención de pacientes con cáncer.
- En un segundo término obtener la evaluación detallada para cada evento, tomando en cuenta una evaluación primaria donde el individuo evalúa lo que está sucediendo y hasta que punto esto le afecta. Dicha evaluación definirá al evento como irrelevante, benigno o estresante.
- También se incluye una evaluación secundaria en la cual el individuo describe hasta que grado la situación o el evento puede ser modificado por él, por otros, o no puede ser modificado.
- Por último, analizar las estrategias de afrontamiento que están dirigidas hacia el problema, la emoción o el afrontamiento conductual para el manejo de la situación estresante.

Existen dos amplias estrategias para afrontar el estrés en el trabajo. La primera está dada en términos de demandas, esto es, la modificación de las condiciones laborales que han sido identificadas y que apoyadas por las investigaciones han resultado importantes factores que aumentan el nivel de estrés en los trabajadores. La segunda es proveer experiencias para el entrenamiento en habilidades de manejo del estrés en el trabajo, mediante el uso de diferentes técnicas psicológicas como la relajación, la retroalimentación biológica y las técnicas cognoscitivo-conductuales.

El presente estudio va dirigido hacia esta segunda estrategia donde la intervención psicológica plantea un nuevo enfoque que consiste en estudiar poblaciones expuesta a los eventos estresantes y dirigir la atención específicamente a estos grupos. En este caso, la investigación y la asistencia se combinan para aportar conocimientos que unidos a otras variables pueden ayudar a dilucidar el problema del estrés en el trabajo.

El planteamiento básico de la formulación fue:

¿Existe relación entre la evaluación cognoscitiva y las estrategias de afrontamiento ante los eventos estresantes en el trabajo con la presencia de indicadores psicológicos y psicofisiológicos asociados al estrés en las enfermeras (os)?

La búsqueda de respuestas a la pregunta formulada como básica se lleva a cabo a través de la siguiente metodología.

4. Diseño metodológico

Se trata de un estudio de campo transversal, de una sola muestra, de tipo explicativo, con observaciones independientes para cada sujeto y con análisis cuantitativo y cualitativo de los datos.

4.1. Selección de la muestra

La muestra se obtuvo del total de enfermeras (os) profesionales que trabajan en los servicios de cirugía y medicina y que cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

- a) Dedicadas (os) exclusivamente a la asistencia del paciente (excluyendo supervisoras, y jefes de departamento).
- b) Que trabajaran en cualquiera de los tres turnos.
- c) Que tuvieran una antigüedad de 2 o más años.

Finalmente se contó con una muestra de 46 enfermeras (os) que estuvieron de acuerdo en cumplimentar los instrumentos, esto se logró aprovechando la oportunidad dada por las diferentes supervisoras durante las reuniones mensuales.

4.2. Instrumentos empleados

Se aplicaron dos instrumentos basados en la teoría de R. Lázarus y s. Folkman, fueron elaborados ex profeso para esta investigación, consistentes en:

- a) Evaluación del estrés en enfermeras.
- b) Afrontamiento del Estrés Ocupacional en Enfermeras.

Además se utilizó un instrumento elaborado en la Universidad de Cornell y que permite recoger información en relación a síntomas psicológicos y psicofisiológicos asociados al estrés:

- c) Índice Médico Cornell.

4.3. Análisis Estadístico

En primer lugar se elaboró un análisis de la muestra que permitiese la descripción de variables sociodemográficas (incluyendo datos sobre aspectos del trabajo) tales como: edad, estado civil, número de hijos, edad de los hijos.

Además se planteó para el futuro, continuar con un Análisis de Regresión Múltiple, donde se tomarán como variables independientes, la evaluación cognoscitiva y el afrontamiento y como variable dependientes para los indicadores psicológicos y psicofisiológicos asociados a la presencia de estrés.

Además de las variables independientes, se incluirá dentro del análisis de Regresión Múltiple las variables sociodemográficas, así como las variables de aspectos del trabajo y desempeño laboral. Estas variables a su vez serán correlacionadas con las variables dependientes.

5. Análisis de los resultados

5.1. Datos generales de la población

El número de personas que formaron parte de la muestra de esta investigación fue de 46 y en su mayoría mujeres. Se encontró que éstas correspondieron al 90% del total de enfermeras y enfermeros. La edad promedio fue de 35,9 años, con una desviación estándar de 6,7, la moda se encuentra entre los 38 y 39 años, el valor mínimo correspondió a 26 años y el máximo a 54. Por grupos de edad tenemos que el 58% de las enfermeras (os) tienen entre 31 y 40 años, un 23,9% se encuentra entre los 26 y los 30 años, este mismo porcentaje se repite para el grupo de edad entre 41 y 54 años.

En cuanto al estado civil tenemos que un 32,6% son solteras (os), un 54,3% casadas (os) y separadas (os) o divorciadas (os) 13%. De las (os) 46 enfermeras (os) un 32,6% no tienen hijos, un 45,7% tienen entre 1 y 2 hijos y un 21,7% tiene entre 3 y 4 hijos.

De la población que si tiene hijos, tenemos que las edades oscilan entre 1,6 años hasta más de 18 años. Según la distribución por etapas de los hijos, 4 personas tienen niños lactantes, 6 tienen hijos preescolares, 5 escolares, 2 adolescentes hasta los 18 años y 5 con más de 18 años. Además tenemos que 2 personas tienen hijos entre 12 y 18 años y más de 18 años; una persona tiene hijos preescolares y escolares, 2 tienen escolares y adolescentes, una lactantes y preescolares; además 2 tienen hijos escolares, adolescentes hasta 18 años y mayores de 18 años, por último una persona tiene hijos preescolares, adolescentes entre 12 y 18 años y de más de 18 años. En síntesis, un 19,5% de las personas estudiadas cuentan con hijos en diferentes etapas de su desarrollo.

En el aspecto laboral encontramos gran parte de las personas trabajan en los servicios de medicina y cirugía. Un 6,5% tiene más de 20 años de trabajar en este hospital, un 17,4% tiene entre 15 y 20 años, un 15,2% cuenta con 10 a 5 años un 32,6% entre 5 a 10 años y un 28,3% menos de 5 años. De estos datos podemos concluir que un 60,9% tiene menos de 10 años. Esto no concuerda con el promedio de edad encontrado, donde la mayor población se concentra entre los 31 y 40 años (58%); en este

caso esperaríamos que tuvieran entre 10 y 20 años de antigüedad. Este dato nos lleva a pensar en que en enfermería a diferencia de otros años se da una importante inestabilidad y movilidad laboral.

Cuando se consulta sobre el número de personas que atienden por turno, un 87% señaló que más de 20 y únicamente un 4,3% manifestó que atienden menos de veinte. En cuanto al tiempo que dedican al cuidado del paciente tenemos que un 13% señaló menos de 1 hora, un 47,8% de 1 a 3 horas, un 21,7% de 5 a 7 horas y un 15,2% más de 7 horas. A pesar de las modificaciones en cuanto a la formación y organización de la atención de enfermería las y los enfermeros, tienen contacto con el paciente menos de la mitad del tiempo de su jornada laboral.

Sobre el tiempo que tardan para trasladarse de la casa al hospital tenemos que un porcentaje bastante alto un 63% invierten menos de una hora, pero para un 36,9% el tiempo que invierten es de 1:30 a 2 horas.

6. Situación del trabajo que pueden ser fuentes de estrés

I

Situaciones relacionadas con la atención al paciente

<i>Poco estrés</i>	<i>Moderado estrés</i>	<i>Mucho estrés</i>
Atender pacientes moribundos	Trabajar con pacientes delicados	
Atender las necesidades de los familiares del paciente	Atender pacientes muy demandantes	
	Trabajar con pacientes que sufren dolor	
	Nuevos procedimientos y tecnología	

II

Situaciones relacionadas con el proceso de trabajo

<i>Poco estrés</i>	<i>Moderado estrés</i>	<i>Mucho estrés</i>
Trabajar horario rotativo	El tiempo en su jornada de trabajo no le alcanza para concluir sus actividades	Tener la sensación de que al terminar su trabajo le quedan cosas pendientes
Trabajar domingos o días festivos	Trabajar con poco personal	
Las condiciones físicas de su lugar de trabajo		Cambios repentinos de horario

III

Situaciones que tiene que ver con las relaciones interpersonales

<i>Poco estrés</i>	<i>Moderado estrés</i>	<i>Mucho estrés</i>
	La supervisión que recibe de sus superiores	
Relaciones de trabajo con el personal de enfermería		
Relaciones de trabajo con otros profesionales		
	Realizar el trabajo bien y no ser reconocido por su jefatura	

IV

Situaciones relacionadas con las exigencias de la organización del trabajo

<i>Poco estrés</i>	<i>Moderado estrés</i>	<i>Mucho estrés</i>
Cambios administrativos para responder a los compromisos de gestión	Carecer de personal y equipo necesario para atender a sus pacientes	Realizar funciones de enfermería para las que no ha sido capacitada (o)
	Llevar a cabo funciones administrativas que le quitan tiempo para atender a sus pacientes	Sobrecarga de trabajo
		Posibilidad de ser demandada (o) por cometer un error

7. Evaluación cognoscitiva

Ante estas situaciones se exploró el tipo de valoración cognoscitiva que realizan las (os) enfermeras (os). Esta evaluación tiende a valorar la situación de manera perjudicial para su salud física y psicológica, sin embargo la mayoría de las personas consideran que ellas podrían evitar ese perjuicio.

Respecto al desempeño laboral, la mayoría de las enfermeras (os) consideran que estas situaciones podrían perjudicar su desempeño laboral pero también podrían mejorarlo.

En tercer lugar siempre sobre evaluación, las (os) enfermeras (os) consideran que estas situaciones del trabajo, podrían perjudicar la imagen que otros tienen de ellas (os) pero también podrían mejorarla. En este rubro hay un porcentaje importante (39%) que seleccionó la opción ninguna de las anteriores.

Este tipo de evaluación implica una percepción de amenaza, sin embargo se destaca en todas las respuestas la percepción de que la persona tiene control sobre la situación.

Esta percepción se amplía cuando se consulta a las personas si ellas pueden modificar la situación o hacer algo al respecto, ante esto un 58,7% dicen que algunas veces, un 32,6% dicen que casi siempre o siempre y sólo un 6,5% dicen que nunca o casi nunca.

El control de la situación puede estar en ellas junto con otras personas, que pueden ser autoridades de enfermería o médicas o personal de otras disciplinas. Un 56,5% expresan que algunas veces y un 32,6% que casi siempre o siempre y un 10,9% dicen que nunca o casi nunca.

La posibilidad de modificar las cosas o hacer algo al respecto está en manos de otras personas casi nunca en un 17,4%; algunas veces un 54,3% y casi siempre o siempre en un 26,1%.

Las situaciones no pueden ser modificadas algunas veces 37%, nunca y casi nunca un 23,9% y casi siempre y siempre las cosas no se pueden cambiar un 39,1%.

8. Afrontamiento del estrés laboral

I Afrontamiento hacia la emoción

<i>Afrontamiento</i>	<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Siempre o casi siempre</i>	<i>No resp. resp.</i>	<i>Total</i>
Comunicar a otros lo que siente o piensa	8.7	26.1	65.2	0	100
Sentirse culpable	58.7	23.9	10.9	6.5	100
Habla con otros sobre sus emociones	19.6	26.1	54.4	0	100
Tratar de no involucrarse emocionalmente	4.4	32.6	58.7	4.3	100
Sentir que no pudo o no debe comunicar sus sentimientos	10.8	32.6	54.3	2.2	100
Sentir deseos de encontrarse en otro lugar y que la situación no existiera	32.6	47.8	17.3	2.2	100
Sentir que no puede controlar la situación	56.5	30.4	6.5	4.3	100
Culpar a otros	76.1	15.2	4.3	4.3	100
Tratar de ocultar que la situación le molesta	9.7	34.8	50	6.5	100
Pensar que usted lo hizo mejor que antes	8.7	34.8	54.4	2.2	100
Estudiar la situación para tratar de encontrar una solución	2.2	23.9	71.8	2.2	100
Confiar en su experiencia para enfrentar la situación	0	32.6	63	4.3	100
Pensar que aunque usted lo intente no podrá hacer algo para resolver la situación	58.7	39.1	2.2	0	100
Pensar que los demás no hacen lo correcto	47.8	47.8	2.2	2.2	100
Pensar que tanto podrían empeorar las cosas	52.2	45.7	2.2	0	100
Pensar que hay cosas más importantes de que preocuparse	34.7	37	28.2	0	100
Buscar ayuda o más información al respecto	0	23.9	76.1	0	100
Pensar constantemente en la situación sin encontrarle solución	63	26.1	8.7	2.2	100
Concluir que la situación no se va a resolver nunca	58.7	21.7	10.9	8.7	100
Intentar ver el lado positivo y sacar provecho de la situación	2.2	19.6	69.6	8.7	100
Tratar de no pensar en la situación	41.3	47.8	8.7	2.2	100

<i>Afrontamiento</i>	<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Siempre o casi siempre</i>	<i>No resp. resp.</i>	<i>Total</i>
Expresar su inconformidad con las personas responsables	10.8	41.3	45.6	2.2	100
Discutir la situación con otros	6.5	30.4	56.5	6.5	100
Pensar varias veces las cosas antes de actuar	6.5	30.4	60.9	2.2	100
Concluir que la situación existe desde hace mucho tiempo y que no tiene solución	50.0	23.9	26.1	0	100
Sentir que sus palabras y su trabajo pueden ser de ayuda para resolver la situación	13.1	37.0	47.9	2.2	100
Recordar situaciones similares y cómo las resolvió	15.2	50	34.7	0	100
Involucrarse en actividades que le permitan “olvidar” la situación	28.2	39.1	28.3	4.2	100
Tratar de bajar la tensión fumando más de lo acostumbrado	80.4	6.5	10.9	0	100
Continuar trabajando como si la situación no existiera	47.9	30.4	15.2	6.5	100
Intentar sentirse mejor ingiriendo bebidas como refresco, café, cerveza o alcohol	89.1	8.7	2.2	0	100
Apoyarse en su fe o su religión	6.5	34.8	58.7	0	100
Tratar de sentirse mejor tomando medicamentos para dormir, analgésicos o tranquilizantes	89.1	8.7	2.2	0	100
Respirar profundo y tratar de tranquilizarse antes de tomar una decisión	8.6	34.8	56.4	0	100

9. Condiciones de salud: índice médico Cornell

Enfermeras (os) según presencia de sintomatología asociada al estrés

<i>Presencia o no de sintomatología</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Sintomatología asociada al estrés</i>	17	36.9
<i>No hay sintomatología asociada al estrés</i>	26	56.5
<i>Sintomatología de alerta</i>	3	6.5
<i>Total</i>	46	100

Enfermeras (os) según presencia de sintomatología asociada al estrés

<i>Área</i>	<i>Con sintomatología asociada</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Desadaptación del medio por sentimiento de inseguridad</i>	18	40
<i>Depresión</i>	27	60
<i>Ansiedad</i>	23	51
<i>Psicofisiológicos Neurocirculatorios</i>	10	22.2
<i>Reacciones de temor</i>	18	40
<i>Psicofisiológicos Diversos</i>	13	28.8
<i>Astenia (fatiga)</i>	31	68.8
<i>Psicofisiológicos Gastrointestinales</i>	15	33.3
<i>Sensibilidad y Desconfianza</i>	35	77.7
<i>Manifestaciones Sociopáticas</i>	17	37.7
<i>Respuestas más frecuentes</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Desearía tener siempre la ayuda de un consejero	14	30.4
Le daría mucho miedo quedarse sin trabajo	23	50
Desearía desentenderse de los problemas que le aquejan	17	37
Siente a veces oleadas de calor o frío	22	47.8
Se siente con frecuencia preocupada	18	39.1
Los ruidos repentinos le hacen brincar	20	43.5
Es tímida o sensible	25	54.3
Tiene pensamientos o ideas que le impresionan mucho y que vuelven una y otra vez a su mente	13	28.3
Padece frecuentemente dolores de cabeza	16	34.8
Los dolores de espalda hacen que su trabajo sea más difícil	14	30.4
A menudo se siente en muy mal estado físico	11	23.9
Tiene temporadas de agotamiento o fatiga	29	67.4
Llega a cansarse tanto que le preocupa su salud	15	32.6

10. Conclusiones

- La edad promedio de las enfermeras que participaron en la investigación es de 35,9 años, lo cual a pesar de tener una desviación estándar de 6,7, se considera un promedio de edad alto. Si tomamos en cuenta que el grupo mayoritario en edad corresponde al rango entre 31 y 40 años (58%) y el rango entre 41 y 54 años representó el segundo lugar (23,9%) seguido por el grupo de 26 a 30 años (18,1%); podemos concluir que actualmente la mayor parte de la población de enfermeras que se encuentran en activo tienen una edad por encima de los 30 años, lo cual puede estar mostrando un efecto importante del desempleo en este sector laboral, si consideramos que la cantidad de profesionales que se gradúan anualmente es bastante alto. Además de que en los próximos años podría representar un posible desplazamiento de estas profesionales por personal técnico.
- Por otra parte se concluye que un 60,9% de la muestra tiene menos de 10 años de trabajo en centros hospitalarios, estatus que no concuerda con el hecho de que la mayoría de las enfermeras se encuentran en la banda etaria de 31/40 años, situación que corrobora el hecho de que actualmente se está dando en la profesión una importante inestabilidad y movilidad laboral.
- La mayoría de enfermeras de la muestra, tienen a su cargo a más de 20 pacientes por día. En cuanto al tiempo destinado al contacto con sus pacientes un grupo bastante numeroso (47,8%), mencionó que éste es menor a la mitad de la jornada diaria.
- Respecto al análisis de las principales fuentes de estrés, agrupadas en diferentes categorías:
 - fuentes que producen poco estrés,
 - estrés moderado y
 - mucho estrés, se desprenden los siguientes datos:
- Situaciones relacionadas con la atención al paciente son evaluadas como fuentes de poco o moderado estrés. Entre ellas encontramos, las demandas por atender personas en estado terminal así como las necesidades de las familias. Las demandas por el uso de nueva tecnología, el manejo del dolor y de personas cuyo estado de salud es delicado.
- Las situaciones relacionadas con el proceso de trabajo y que son definidas por horarios, trabajar días festivos y domingos y las condiciones físicas del trabajo se evaluaron como productoras de poco estrés. Mientras que aspectos de demandas cognitivas como por ejemplo la sensación de que el tiempo de la jornada no le alcanza para cumplir con las tareas y tener la sensación de que al término del turno, le quedan cosas pendientes, son situaciones que producen moderado y mucho estrés. Además de esto, genera mucho estrés los cambios repentinos de horario.
- Las situaciones que tiene que ver con relaciones interpersonales, llegan a representar poco o moderado estrés. En este caso sobresale la supervisión y el reconocimiento del trabajo que realizan las enfermeras.

- Por último las situaciones relacionadas con las exigencias de la organización del trabajo corresponden a aquellas situaciones que producen más estrés. Carecer de personal, así como realizar labores administrativas que le quitan tiempo para atender a los pacientes representan moderado estrés.

Realizar funciones que no le corresponden o para las que no ha sido capacitada; la sobrecarga de trabajo y la posibilidad de cometer errores, se convierten en situaciones que generan mucho estrés.

- Sobre evaluación cognoscitiva, la investigación nos permite concluir que las situaciones aunque se perciben amenazantes tanto para la salud física como psicológica, existe la posibilidad de actuar para evitar el perjuicio o daño.
- Las situaciones a pesar de resultar estresantes, también podrían mejorar su desempeño laboral y la imagen que otros tienen de la enfermera. Esto se convierte en una condición protectora ya que se evalúa la fuente de estrés como una oportunidad para mejorar.
- Sin embargo la percepción del control no siempre está clara. En algunos casos las enfermeras consideran que ellas pueden hacer algo para modificar la situación pero en otros casos esto depende de otras personas, como sus superiores médicos o de enfermería. También es necesario señalar que para un 39,1% de las enfermeras, las situaciones que les generan estrés nunca se pueden cambiar, esto representa una forma de evaluación muy negativa que puede llevar a estados e impotencia, desesperanza y desgaste (*burnout*)
- Sobre evaluación cognoscitiva podemos concluir que en la mayoría de los casos las enfermeras tienden a afrontar el evento en forma cognitiva, esto es hacia la solución del problema. En este sentido la experiencia laboral y los conocimientos con que cuenta son fundamentales para un buen afrontamiento.
- Esto puede relacionarse con el hecho de que se encuentran algunas formas de afrontamiento hacia la emoción donde se destaca la sensación de que no pudo o no debe comunicar sus sentimientos, de que debe tratar de ocultar lo que le molesta y de tratar de no involucrarse emocionalmente.
Las estrategias de adaptación conductual incluyen la necesidad de involucrarse en actividades que le permitan olvidar la situación, continuar trabajando como si la situación no existiera y tratar de tranquilizarse antes de tomar una decisión.
- Las formas de evaluación cognoscitiva y las estrategias de afrontamiento van a tener una relación directa en la manifestación de síntomas o manifestaciones del estrés laboral. Por esto es importante señalar que en un 36,9% de las enfermeras del estudio, se concluye la presencia de sintomatología asociada al estrés, según la valoración del Índice Médico de Cornell. Las áreas en las que se ha obtenido índices de frecuencia más elevada, han sido las relacionadas con depresión, ansiedad, astenia o fatiga, y sensibilidad y desconfianza excesivas.
- Para el conocimiento del estrés laboral en enfermeras que trabajan en el ámbito laboral/ empresas, la presente investigación ha permitido valorar los efectos sobre el proceso de trabajo y la salud de las enfermeras que han tenido las trans-

formaciones laborales en la última década. De acuerdo a la literatura sobre el tema, destaca el cambio en relación a las fuentes de estrés, ya que actualmente se tiende a valorar la capacidad para desempeñar las funciones de acuerdo a la experiencia y a preparación académica, ya que esto permitirá disminuir la posibilidad de demanda por mala praxis.

Los síntomas asociados al estrés han variado de manifestaciones psicofisiológicas como los trastornos digestivos y neurocirculatorios a procesos que involucran trastornos afectivos como depresión y ansiedad.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Ed. Masson.
- Black Mosen, R., Floyd, L. y Brookman, J. (1992): "Stress-Coping-Adaptation: Concepts for nursing", *Nursing Forum* 27 (4) 1992.
- Campos, C. y Meza, M. (1990): *Salud mental y trabajo: estrés ocupacional en las enfermeras*. Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica, San José.
- Carrobbles, J. (1988): *Biofeedback: principios y aplicaciones*. Barcelona, Ed. Martínez Roca.
- Cecil, M. y Folkman, S. (1990): "Effects of stress inoculation training and coworker support groups on teacher's stress", *Journal of Scholl Psychology*, 28, 105-118.
- Cooper, C. y Baglioni, A. (1988): "A structural model approach toward the development of a theory of the link between stress and mental health", *British Journal of Medical Psychology*, 61, 87-102.
- Cooper, C., Payne, R. (1988): *Causes coping and consequences of stress at work*. Chincheter, Ed. J. Wiley and Sons.
- (1987): *Stress at work*. Chincheter, Ed. J. Wiley and Sons.
- De Flores, T. y Valdés, M. (1988): *Psicobiología del estrés*. Barcelona, Ed. Martínez Roca.
- Estry-Behar *et al.* (1990): "Stress at work and mental health status among female hospital workers", *British Journal of Industrial Medicine*, 47, 20-28.
- Fitter, M. (1987): "The impact of new technology on nurses and patients", *Stress in health professionals*. Chincheter, Ed. J. Wiley and Sons.
- Fletcher, B. (1988): "The epidemiology of occupational stress", *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chincheter, Ed. J. Wiley and Sons.
- Goldenberg, D. (1990): "Occupational stress and coping strategies among female baccalaureate", *Nursing faculty* (5), 531-543
- Gray-Toft, P. (1980): "Effectiveness of a counseling support program for hospice nurse", *Journal of Counseling Psychology*, 27, 346-354
- Gray-Toft, P. y Anderson, J. (1981): "Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects", *Social Sciences Medicine*, 15, 639-647.
- Handy, J. (1991): "The social context of occupational stress in a caring profession", *Social Science Medicine*, 32 (7), 819-830.
- Invancevich, J. y Matterson, M. (1987): "Mental technologists and laboratory technicians: sources of stress and coping strategies", *Stress in health professionals*. Chincheter, Ed. J. Wiley and Sons.

- Jones, G. (1987): "Stress in psychiatric nursing", *Stress in health professionals*. Chinchester, Ed. J. Wiley and Sons.
- Kasl, S. (1978): "Epidemiological contributions to the study of work stress", *Stress at work*. Chinchester, Ed. J. Wiley and Sons .
- Laurell, A. y Noriega, M. (1987): *Trabajo y salud en SICARTSA*. México, UNAM-Xochimilco.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1988): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Ed. Martínez Roca.
- Livingston, M. y Livingston, S. (1984): "Emotional distress in nurses at work", *British Journal of Medical Psychology*, 57, 291-294.
- Lyons, J. *et al.* (1987): "Unit-specific variation in occupational stress across a General Hospital", *General Hospital Psychiatry*, 9, 435-438
- Mallick, J. y Whipple T. (2000): "Validity of the Nursing Diagnosis of Relocation Stress Syndrome", *Nursing Research*, 49 (2).
- Mansfield, P. *et al.* (1989): "Occupational stress among nurses in hospital settings", *AAOH Nursing Journal*, 37 (4), 121-129.
- McAvee, R. (1991): "Occupational stress and burnout in the nursing professions. A model for prevention", *AAOH Nursing Journal*, 39 (12), 568-575.
- McCue, J. (1982): "The effects of stress on physicians and their medical practice", *The New England Journal of Medicine*, 458-463.
- McGrath, A. (1989): "Occupational stress in nursing", *International Journal Nursing*, 26 (4), 343-358.
- Parkes, K. (1982): *Occupational stress among student nurses: a natural experiment*. Chinchester, Ed. J. Wiley and Sons.
- Payne, R. y Firth-Cozens J. (1987): *Stress in health professionals*. Chinchester, Ed. J. Wiley and Sons.
- Revicki, D. (1989): "Organizational characteristics, occupational stress and mental health", *Behavior Medicine*, 15 (1), 30-36
- Robinson, S. *et al.* (1991): "Nurse burnout. Work related and demographic factors as culprits", *Nurs-Health*, 14, 223-228
- Topf, M. (1989): "Personality Hardiness, occupational stress and burnout in critical care nurses", *Research Nursing Health*, 12 (3), 179-186.
- Willis, E. (1990): "Occupational stress and rans", *Australian Journal Nursing*, 8 (2), 18-26.

RESUMEN:

El presente trabajo surge como resultado de investigaciones interuniversitarias en el ámbito de la salud sobre el estrés en profesionales de enfermería.

Las enfermeras y enfermeros (así como otros profesionales de la salud), se enfrentan a demandas físicas y emocionales que provocan diferentes respuestas a nivel físico, psíquico y laboral. El tipo de actividad que desarrollan, junto con determinados aspectos de la organización laboral, se relacionan con el denominado síndrome de burnout (trabajador quemado), del que merece la pena analizar no sólo los aspectos físicos y emocionales, sino explorar sobre las variables cognoscitivas que intervienen en la respuesta al estrés.

Estas variables incluyen la evaluación que las personas hacen de su ambiente de trabajo, el estilo de afrontamiento y las consecuencias de este proceso sobre su salud, de cuyo conocimiento y manejo, dependerá en gran medida adoptar actuaciones preventivas.

ABSTRACT:

The present work arises like result of interuniversity investigations in the scope of the health on stress in infirmery professionals.

The nurses (as well as other professionals of the health), face physical and emotional demands that cause different answers from physical, psychic and labor level. The type of activity that they develop, along with certain aspects of the labor organization, are related to the denominated syndrome of burnout (burned worker), of which are worth the trouble to analyze not only the physical and emotional aspects, but to explore on the cognoscitivas variables that take part in the answer to stress.

These variables include the evaluation that the people do of their ambient of work, the style of facing and the consequences of this process on their health, of whose knowledge and handling, will to a great extent depend to adopt preventive performances

Aspectos biopsicológicos de la infección por virus inmunodeficiencia humana (VIH)

M^a Lourdes Aparicio Ágreda / Carlos Pablo Cuevas Jiménez*

Introducción

La situación epidemiológica de la infección por el VIH y el SIDA a nivel mundial a comienzos del siglo XXI es el resultado de un proceso en el que han intervenido multitud de factores demográficos, sociales, culturales, económicos y sanitarios, además de los avances en la investigación científica.

En nuestro país la rápida progresión del VIH durante la década de los ochenta tuvo lugar, de manera especial, en el colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral (ADVP). También se extendió entre los hombres con prácticas homosexuales, aunque con una programación mucho menos abrupta. Fue el elevado número de ADVPs infectados, la mayoría adultos jóvenes y sexualmente activos, dio lugar a la transmisión secundaria del VIH por vía heterosexual y perinatal.

La iniciación de nuevos programas de prevención e intensificación de los ya existentes desde comienzos de los noventa, contribuyeron a la disminución de las prácticas de riesgo. La disminución del consumo de drogas inyectadas, su sustitución por el consumo de las drogas por otras vías (fumada, esnifada...) y el envejecimiento de la población ADVP contribuyeron al mayor control de la infección.

La extensión de terapias con fármacos antirretrovirales de alta eficacia desde 1997 supuso una mejora considerable en la situación inmunológica y el pronóstico de las personas infectadas. Sin embargo, el número de casos nuevos diagnosticados de infecciones por VIH sigue siendo elevado, y tampoco se puede descartar la posibilidad de nuevos repuntes en la transmisión.

* Universidad Pública de Navarra.

El riesgo de infección por VIH se distribuye de forma muy heterogénea en la población. Las de mayor riesgo son, por este orden: uso de drogas por vía parenteral, las prácticas homosexuales en hombres y el contacto heterosexual con una pareja infectada. En los últimos años las relaciones heterosexuales de riesgo son la principal causa de nuevas infecciones que se explica porque es la exposición de riesgo más extendida en la población.

Es una enfermedad que, gracias a la investigación llevada a cabo desde su aparición, conocemos su origen, su historia natural, mecanismo de transmisión y consecuencias a nivel de salud y bienestar de la persona infectada. Como consecuencia, el proceso de diagnóstico y tratamiento ha ido mejorándose y abarcando de forma integral a la persona y su entorno.

1. ¿Qué es la infección por VIH?

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infecto-contagiosa causada por un retrovirus que daña a la inmunidad celular y plasmática del organismo de la persona infectada.

La familia Retroviridae incluye tres subfamilias, una de ellas es la subfamilia Lentiviridae, en la que se incluye el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Los Retrovirus forman una amplia familia de agentes infecciosos, son virus RNA y contienen una enzima, la transcriptasa inversa, que permite la síntesis de ADN complementario a partir del genoma vírico tras la infección de la célula huésped.

El VIH es el virus responsable del SIDA, que actúa atacando el sistema inmunitario o de defensa de nuestro organismo, por lo que estará expuesto a agresiones externas (infecciones que en muchas ocasiones son oportunistas, es decir, que aprovechan circunstancias de disminución de inmunidad del paciente para producir patología; tumores como los linfomas, otras enfermedades...)

Explicar que una persona está infectada por el VIH no quiere decir tener el SIDA. Sólo cuando una persona seropositiva para VIH desarrolla infecciones y otras enfermedades que son debidas al deterioro de la inmunidad ocasionado por el propio virus decimos que tiene SIDA.

2. Mecanismo de acción e historia natural del VIH

El VIH es el agente causal del SIDA en los seres humanos. Su ciclo replicativo necesita de la integración de su material genético en el cromosoma de la célula a la que infecta, dando lugar a la forma integrada que se denomina provirus.

Se distinguen siete etapas en el ciclo replicativo: 1) adhesión y entrada en la célula; 2) síntesis de ADN; 3) integración; 4) transcripción; 5) traducción; 6) ensamblaje y salida del virus de la célula; 7) maduración.

El VIH se une en los linfocitos a un receptor celular específico, denominado CD4. Desde el momento en que el virus se une a la membrana celular y entra en el citoplasma, en un proceso de internalización, se completa la transcripción inversa del ARN vírico generándose ADN, en una etapa mediada por la transcriptasa inversa.

A continuación, el ADN es transportado al núcleo donde se integra con el genoma del huésped.

Una vez que el individuo se ha infectado son varios los mecanismos por los que el VIH puede producir inmunodepresión, siendo la destrucción de los linfocitos CD4+ por efecto citopático (lesión de la célula) directo la causa más importante de pérdida linfocitaria.

El descenso progresivo de la cifra de linfocitos CD4 es lo que provoca la inmunodepresión y, de esta forma, la mayor vulnerabilidad de la persona infectada para padecer infecciones oportunistas que provocan la progresión de la infección por VIH, el desarrollo del SIDA, y eventualmente, la muerte.

La infección VIH es, por lo tanto, un proceso clínico de progresivo deterioro del sistema inmunológico.

En este sentido, los Centres for Disease (CDS) dividen a los pacientes en cuatro grupos principales consecutivos en el tiempo:

Grupo I. Infección aguda

Grupo II. Infección asintomática

Grupo III. Linfadenopatía generalizada persistente

Grupo IV. Otras enfermedades

Existe una primera fase, también denominada “síndrome retroviral agudo”, que coincide con la infección y que da síntomas en el 30-50% de los casos (fiebre, malestar general, mialgias, sudores, náuseas, adenopatías, hepatitis, meningitis, ...), siendo el resto asintomáticos. Tiene una duración de aproximadamente 2 semanas. Tiene lugar un descenso brusco de los linfocitos CD4+, acompañándose de presencia de viremia plasmática por VIH. Todo ello sin tratamiento.

Luego le sucede una fase “asintomática” con descenso paulatino de los linfocitos CD4 a un ritmo variable. Tiene una duración de 3 a 10 años.

Va seguida la anterior fase de otra con una duración de 1 a 2 años, con caída más “acelerada” de los linfocitos CD4 y llega un momento en el que la disminución es tan pronunciada que aparecen las primeras infecciones oportunistas, síntomas y signos definitorios del SIDA.

La fase final se caracteriza por unas cifras reducidas de linfocitos CD4 por debajo de $200/\text{mm}^3$, un desarrollo progresivo de infecciones oportunistas, tumores, diarrea crónica, desnutrición y delgadez extrema, complicaciones neurológicas, hasta que, finalmente, acontece la muerte.

Esta historia natural se ha modificados substancialmente con el tratamiento anti-retroviral, especialmente desde 1996 con el comienzo de la “terapia de alta eficacia antirretroviral”, consiguiendo prolongar la supervivencia de forma indefinida y mejorando de forma notable la calidad de vida de estas personas.

3. Mecanismos de transmisión del virus VIH

Los factores predisponentes para adquirir la infección por VIH están relacionados con los mecanismos de transmisión de la infección.

Estos mecanismos son bien conocidos tras haber pasado 22 años desde que en 1981 fueron descritos los primeros casos en los Angeles y habiéndose extendido la infección a más de 40 millones de personas en todo el mundo.

La infección por VIH se trasmite a través del semen, de las secreciones cervicales y vaginales, de la leche materna, de la sangre y de los productos derivados de ésta. Por tanto, los vías de adquisición de la infección son: las relaciones sexuales sin protección, tanto heterosexuales como homosexuales; el uso de drogas por vía intravenosa compartiendo material contaminado o sangre infectada; la utilización de agujas contaminadas en tatuajes; las transfusiones de sangre o productos sanguíneos contaminados; los accidentes sanitarios por contacto con sangre o secreciones contaminadas; la transmisión vertical desde una madre seropositiva al feto durante el embarazo o el parto y al recién nacido a través de la lactancia; pinchazos en la calle con material sospechoso; etc.

La probabilidad de adquirir la infección por VIH es muy distinta en función de la práctica de riesgo. Tras una relación heterosexual se estima que es del 0,4%, mientras que en receptores de sangre contaminada ocurre en el 90%.

Si bien no siempre que una persona contacta con el VIH lo contrae, sí que aumenta la probabilidad con los contactos repetidos.

El contagio por transfusiones o transplantes en nuestro país desde 1987, fecha en que se estableció por decreto la realización sistemática de exámenes de detección de anticuerpos, es prácticamente nulo, salvo coincidencia con el “periodo ventana” (periodo existente entre el contacto con el virus VIH y la detección de anticuerpos contra el virus por los métodos de laboratorio que nos sirven de diagnóstico) en individuos que nieguen prácticas de riesgo.

En la actualidad la transmisión sexual constituye la vía más frecuente de infección por VIH en todo el mundo.

Es destacable también que diferentes estudios epidemiológicos han demostrado ampliamente que el VIH no se transmite a través de la saliva, lágrimas, sudor, tos, estornudos, piel sin heridas o picaduras de insectos.

4. Valoración diagnóstica

El diagnóstico de certeza de la infección por VIH sólo puede establecerse de modo definitivo por métodos de laboratorio.

Se clasifican en: métodos directos e indirectos:

- Los métodos *directos* detectan el propio virus o algunos de sus componentes (proteínas, ácidos nucleicos, etc.).

- Los métodos *indirectos* reconocen anticuerpos específicos producidos por el sistema inmune como respuesta a la presencia del virus.

En general, en la práctica clínica habitual se usan los métodos indirectos para el diagnóstico, aunque en determinadas circunstancias, donde éstos son insuficientes (primoinfección o seroconversión reciente, infección perinatal), se usan directos e indirectos combinados.

Dentro de las pruebas indirectas o serológicas de diagnóstico de la infección por VIH en el laboratorio, las siguientes son las de utilización más habitual:

- *Prueba de screening o cribaje.* Son las primeras pruebas diagnósticas a aplicar. El método más utilizado es el enzoinmunoanálisis (EIA), ya que, según la FDA, estas pruebas tienen una especificidad y sensibilidad mayor del 90%.
- *Pruebas de confirmación.* El Western blot (WB) es el método más empleado para la confirmación de los resultados obtenidos con las pruebas de screening.

Un inconveniente de las pruebas serológicas es el llamado “periodo ventana”, denominado así al tiempo que tardan en aparecer los anticuerpos que han de ser detectados por dichas pruebas. Este periodo es variable y suele rondar entre 2 semanas y 3 meses. Por ello, se recomienda la realización de dos pruebas serológicas sucesivas separadas 3 meses entre si.

4.1. Solicitud de diagnóstico precoz

La solicitud para realización de un diagnóstico de la infección por VIH se debe realizar cuando se considere necesario y siempre reforzando las motivaciones, tanto si es a petición del paciente como si es por parte del profesional.

La necesidad de un diagnóstico precoz nace de la finalidad de proporcionar de forma temprana un tratamiento médico, social, autocuidados de la salud y labores de consejo y educación adecuados.

Destacamos la obligación de garantizar siempre la confidencialidad, asesorar antes y después de la prueba (consejo asistido) y actuar con cautela en la interpretación de los resultados (se debe confirmar la prueba).

Todo ello, se consideran instrumento en el que pueden beneficiarse las personas infectadas al paliarse o bloquearse el desarrollo de la infección y/o enfermedad, mejorando también la calidad de vida de estas personas.

5. Aspectos psicológicos del SIDA

Si bien es abundante la literatura sobre las medidas de prevención del SIDA y sobre los avances en las terapias farmacológicas, las consecuencias psíquicas que produce el diagnóstico en la persona y en su entorno familiar y social no son tan tratadas.

Sin embargo, el SIDA tiene un impacto psicosocial significativo en las personas afectadas, sus familiares y la sociedad en general, incluyendo consecuencias intelectuales, cognitivas y emocionales.

De acuerdo con las características propias de su personalidad, del medio social y de la cultura en la que se desenvuelven, las personas que viven con el VIH y SIDA asumen distintas posición ante su situación.

A pesar de la individualidad de cada caso, ante la confirmación de seropositividad la persona suele responder de forma muy negativa, con una fuerte carga emocional derivada del sentimiento de miedo a una muerte cercana, un probable curso doloroso de la enfermedad, alteración de su aspecto externo y nivel de funcionamiento autónomo. A esto se une la angustia que le genera la idea de poder perder el afecto y apoyo de sus familiares, amigo/as y compañeros más cercanos y del rechazo de la sociedad en general.

Como en otros procesos sin curación las personas afectadas de SIDA suelen evolucionar desde una primera reacción de negación e incredulidad, seguida de ansiedad y depresión y, en casos extremos, generando ideas de suicidio.

La evaluación psicológica recoge información relativa a los siguientes aspectos (Mangos y otros, 1990):

- Factores de riesgo en el pasado
- Historia familiar
- Eventos estresantes recientes
- Percepción del apoyo social
- Estrategias de afrontamiento
- Consumo de sustancias y alcohol
- Evaluación cognitiva

Por ello, el tratamiento no se limita a las terapias retrovirales destinadas a combatir el virus que causa el SIDA, sino que es imprescindible el diseño de un abordaje integral y una intervención coordinada de diferentes profesionales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona HIV positivas.

5.1. “Counselling” y asesoramiento

La Asociación Británica del “counselling” (British Association of Counselling, 1979) describe el objetivo de este proceso como el dar la posibilidad al cliente de explorar, descubrir y clarificar formas de vivir más satisfactorias y facilitadoras de un mayor bienestar.

Así, el consejo asistido en personas con infección por VIH comprende el conjunto de actividades destinadas a informar a los usuarios (pacientes) acerca de las medidas para prevenir y tratar la morbilidad psicológica que puede resultar del desconocimiento de la infección por VIH y facilitar la información de recursos sanitarios y comunitarios disponibles. Incluye también informar a los usuarios acerca de la trans-

misión del VIH y medidas a adoptar para prevenirlas. Es, por lo tanto, un proceso que engloba elementos tanto preventivos como de asistencia y apoyo.

Según la ONUSIDA (1997), el consejo debe ser una persona con conocimientos, habilidades, estrategias y actitudes que le permitan:

- a) Escuchar al usuario.
- b) Formular preguntas con fines de apoyo.
- c) Discutir alternativas.
- d) Estimular al interlocutor a tomar sus propias decisiones informadas.
- e) Proporcionar información práctica.
- f) Proponer el apoyo complementario.

Además de las características del consejero es importante cuidar los entornos en los que tiene lugar el asesoramiento, de modo que garanticen la confidencialidad del usuario, y la creación de un sistema coordinado que relacione el asesoramiento con los servicios médicos, de apoyo social, jurídico, religioso, no gubernamental, etc.

El consejo se considera especialmente indicado en caso de:

- Personas con prácticas de riesgo.
- Personas que creen que pueden estar infectadas por VIH.
- Personas que solicitan la determinación serológica.
- Personas que se han realizado la prueba por VIH (positiva o negativa).
- Personas que han decidido no realizar la prueba si en el pasado o en la actualidad mantienen prácticas de riesgo.
- Personas con SIDA o infección por VIH y con dificultades en su vida social y/o familiar.
- Parejas, familiares y amigos de personas infectadas por VIH.
- Personas que en su trabajo tienen contactos regulares con seropositivos.

Con respecto al asesoramiento *durante la prueba serológica*, es importante constatar la voluntariedad de la prueba, siempre con el consentimiento informado, la confidencialidad y el secreto profesional

Las alteraciones emocionales que pueden surgir durante el tiempo de espera hasta tener los resultados pueden ir desde la ansiedad hasta los pensamientos de desastre (seguridad de ser positivo). Estos pensamientos van a influir en su estado de ánimo, aumentando la autoobservación, estando pendiente de cualquier síntoma que surja y relacionándolo con un posible resultado positivo. Por ello, no se debe facilitar al paciente en esta fase, información sobre síntomas y signos del proceso para evitar, en lo posible, la generación de ideas de tipo hipocondríaco, con el sufrimiento personal que esto podría conllevar.

Si el resultado es positivo, antes de informar sobre la infección por VIH debemos partir de cuáles son sus problemas o dudas respecto a la infección, qué conocimientos tiene del tema, qué le preocupa.

Es importante crear un ambiente de confianza, sin hacer juicios de valor y sin interrupciones, con el fin de que la persona pueda expresar sus emociones, angustias, temores, ideas, intentando percibir su situación y necesidades.

Tener claro que un resultado positivo significa infección por VIH, pero que no es diagnóstico de SIDA ha de quedar claro para el usuario, explicándole de una forma breve y sencilla la historia natural de la enfermedad y ayudándole a comprender la diferencia entre infección por VIH y SIDA.

Del mismo modo, le haremos consciente de que un resultado positivo no proporciona información sobre el pronóstico ni la gravedad de la infección.

Junto a esto, hemos de transmitir de forma clara que la persona seropositiva puede transmitir la infección VIH a otras personas.

En el supuesto de resultado positivo hay que adelantar apoyo emocional, entre otras cosas, transmitiendo el mensaje de que se pueden realizarse diversas actuaciones para mantener y mejorar la salud, siendo la actitud y práctica del usuario uno de los factores decisivos de su futuro.

5.3. Atención a la persona seropositiva

La interrelación entre los componentes biológico, psicológicos y social del individuo deriva en la necesidad de una atención integral a la persona seropositiva comprenda a la persona como un todo más complejo que la suma de sus partes.

Se debe garantizar un apoyo y seguimiento tanto clínico como psicosocial permanente a estas personas, de una forma multidisciplinar, requiriendo de la colaboración de distintos profesionales (trabajador social, psicólogo, psiquiatra, especialistas médicos que se requieran como neurólogos, internistas, etc.).

Importante el planteamiento de la posibilidad de involucrar a la familia o pareja con la finalidad de obtener el mejor entorno familiar o de pareja posibles, mejorando así la convivencia familiar, conducta sexual... pero siempre con el consentimiento del paciente.

En caso de que la persona seropositiva no informe a su pareja, ni tome las medidas de protección, la posibilidad de transmisión es real. Aquí la obligación ética del profesional, es tratar de disuadir al sujeto infectado, convenciéndole de la necesidad de un cambio de aptitud y de hábitos. Se le ofertará la posibilidad de servirle de mediador en la notificación.

Si a pesar de todo ello, mantiene su postura, se deberá sopesar, analizando el caso concreto, antes de tomar una decisión, si los beneficios que comparte la ruptura del secreto, van a ser mayores que los riesgos que entraña. En casos límite, se aconseja ponerlo en conocimiento de la autoridad sanitaria competente y/o del juez. Quien aplique esta condición de excepcionalidad, desde el punto de vista legal, ha de poder justificar que su opción tiene más ventajas que riesgos, ya que el médico no puede vulnerar el secreto profesional a excepción de la obligación emanada de la ley o autoridad sanitaria.

Es importante concretar un plan de cuidados de forma consensuada con la persona que vayan dirigidos a mantener su estado de salud y cambio de conductas de riesgo, siempre implicando y motivando al propio paciente.

5.3.1. *Atención psicológica*

Los problemas psicológicos que acompañan a las personas con SIDA comparten características con los de las personas que sufren enfermedades de carácter crónico. Además, la situación se complica de forma negativa por el hecho de sentirse obligados a ocultar su enfermedad en su entorno laboral, social e incluso familiar.

Por eso, la intervención de ayuda debe tener presente el estado de salud psíquica de la persona con SIDA, ya puede desarrollar (Bishop, 1994; Pelechano, 2000):

- Depresión, presentando un bajo estado de ánimo variable, reacciones retardadas y posibles síntomas físicos.
- Ansiedad, que junto con los ataques de pánico son estados frecuentes.
- Temor a la muerte, a la demencia por SIDA, a la pérdida de control y a la incapacidad para tomar decisiones.
- Pensamientos suicidas, en casos extremos que habrán de ser tomados en serio.
- Problemas psicosexuales, derivadas de su autculpabilidad como propagador de la infección.
- Fantasía, egocentrismo y retraimiento, como forma de refugio y evitación del contacto con la realidad.
- Problemas psicósomáticos, es decir, malestar físico como consecuencia de un trauma psicológico.

El soporte psicológico es un proceso de interacción entre el profesional y el usuario que se dirigirá a facilitar la comprensión y la resolución de los problemas con el objetivo de promover comportamientos de reducción de riesgos y establecer el tratamiento individual más adecuado mediante la derivación a las unidades de salud mental de su comunidad. Es preciso apoyar tanto en la resolución de problemas como en la toma de decisiones.

Los pacientes suelen experimentar el diagnóstico como una crisis psicológica intensa, como una intensa amenaza, colapsados por todo lo que les sucede, con sensación de parálisis emocional donde no ven una salida a sus problemas.

Hay una primera fase que coincide con la prueba de confirmación del positivo (es una de las circunstancias que más apoyo psicológico e información requiere), con el inicio de un nuevo tratamiento o con la aparición de un nuevo síntoma, donde la persona tiende a negar el problema. Es una respuesta transitoria y se considera natural. En algunos casos los síntomas descritos cederán rápidamente y se adaptarán a su nueva situación. La mayoría, sin embargo, se aislará para estar solos con su dolor. Otros evolucionarán hacia síntomas depresivos y de ansiedad.

Por eso, es preciso reforzar el concepto de vivir con infección VIH en contraposición a morir de SIDA para, de esta forma, enfatizar una mejor adhesión al tratamiento y a la prevención de las enfermedades oportunistas que pudieran surgir.

Es básico mantenerse activo en el trabajo, estudios, vida de relación para mantener la mayor independencia posible en la vida del paciente. Esto mejora las condiciones psicológicas. Todo ello si las condiciones físicas del paciente lo permiten.

En el caso de la persona con SIDA terminal, aquel diagnosticado de enfermedad de SIDA y con patologías asociadas avanzadas, progresivas e incurables, que no responden a tratamientos médicos, que provocan un grave deterioro y con un pronóstico de vida corto, el apoyo debe ser extremo y específico de esta fase.

Al tratarse de jóvenes que no han realizado los proyectos correspondientes a las etapas de su vida la falta de adaptación es importante. Han sufrido muchas pérdidas (imagen corporal, dignidad, futuro...) que, en muchos casos, las han apreciado en otros compañeros enfermos o seres queridos.

El relevo, el aislamiento y la culpa pueden agravar este proceso favoreciendo la pérdida de autoestima y la desesperanza.

El deterioro general, físico y mental, así como el miedo al dolor y a la muerte les induce un intenso sufrimiento psicológico.

A través de una relación de ayuda se deben priorizar el autocuidado, el mantenimiento (dentro de lo posible) de la imagen corporal, las relaciones sociales deseadas por el enfermo y, al mismo tiempo su nivel de autoestima.

En la fase terminal, en la que se hace necesaria la intervención de profesionales hospitalarios, resulta de gran ayuda psicológica una actitud de cercanía y disposición de escucha en los últimos momentos de vida del paciente.

No sólo ni fundamentalmente los profesionales son recursos de apoyo emocional a la persona con SIDA, sino que en este papel la red social natural es uno de los pilares básicos de apoyo a la persona.

Las personas con soporte emocional adecuado y con sus propios recursos psicológicos, pueden superar la crisis y mantener una adecuada autoestima, sentido de control y aceptación de su situación.

Por la implicación emocional que supone para la familia, la atención psicológica ha de extenderse también a ésta. El objetivo es que puedan asumir lo que supone la enfermedad, conseguir el equilibrio emocional entre todos los miembros del núcleo familiar y desarrollar funciones de apoyo.

Necesitan ser informados en todo lo referente a esta patología y al manejo de la situación, sobre todo, teniendo en cuenta que hay muchas familias que viven el proceso en solitario por temor a reacciones sociales desfavorables.

En los aspectos relacionados con la convivencia familiar hay que trabajar el temor al rechazo, miedo a dar la noticia y las medidas de una buena convivencia cotidiana.

Se debe informar que la infección por VIH no se cura pero con los tratamientos actuales (TARGA) se impide la multiplicación del virus y la recuperación de un aceptable estado inmunológico que prolonga la supervivencia (en algunos casos de forma indefinida si se inicia a tiempo) y mejora de manera evidente la calidad de vida.

Otro aspecto tratar es el entrenamiento en habilidades de escucha y comunicación tanto verbal como no verbal, incluido la interpretación y respecto de los momentos de silencio.

Los cuidadores familiares pueden necesitar descansos para poder “desconectar”, con el fin de reponerse y poder ejerciendo su labor de forma adecuada. Se considera

que la atención intensa, es el factor más importante para que aparezcan respuestas emocionales

Maslach y Kackson (1981) propone dos significados del término “burn-out”: una hace referencia al proceso de desmoralización y descompensación que ocurre bajo un stress intenso y permanente en el trabajo; la otra refiere el agotamiento emocional que aparece en las personas que trabajan con personas.

En el caso de atención a la persona con SIDA, los familiares, amigos y profesionales pueden llegar a sentir un agotamiento tanto físico, como emocional y mental originado por la circunstancia de estar mucho tiempo y además intensamente implicado en la atención y cuidado de estas personas. El “burn-out” está facilitado por las particularidades que conlleva el proceso de esta enfermedad: sobrecarga de trabajo, miedo al contagio, sufrimiento físico y moral del paciente, proceso de muerte en casos terminales, demencia y deterioro neurológico y físico en otras ocasiones, juventud de la mayoría de los pacientes con SIDA, la multitud de necesidades y demandas urgentes de estos enfermos, escasez de personal, turnos, insuficiencia de recursos materiales, etc.

También hay que tener en cuenta la preparación y el acompañamiento al duelo de los familiares.

Con respecto a los profesionales de la salud, las personas que atienden a estas personas experimentan procesos de temor a ser infectados, stress asociado a la exigencia de mantener la confidencialidad y de atender a personas jóvenes en procesos muy delicados y graves.

A ello se une el esfuerzo de adaptación constante para actualizarse en el manejo de ciertos aspectos psicológicos y del comportamiento que presentan estas personas.

Todo ello hace que aparezca el “burn-out”, conllevando una frustración crónica y respuesta al stress pasiva con consecuencias tanto en el ámbito laboral como fuera de éste con sus familiares y amigos.

Como medidas de prevención del “burn-out” en el cuidado y convivencia con estas personas se recomienda:

- Supervisión adecuada de estas personas.
- Una formación permanente.
- Mantenimiento de serenidad y equilibrio, clima de sosiego.
- Realizar las tareas con espíritu y de forma interdisciplinaria (implicando varios profesionales de diferentes ramas formativas). Se necesita para ello un reconocimiento institucional y una ayuda tanto individual como de grupo.
- Los cuidadores deben respetar la interioridad, sexualidad, cultura, valores y vivencias del paciente, no haciendo juicios de valor.
- Cuidado propio que incluye tiempo libre.
- Sesiones-taller para trabajar métodos y técnicas.
- Tener en cuenta otros recursos disponibles en la comunidad (ONGs, asociaciones, unidades de Salud mental, ...)

De todo lo anterior, podemos concluir que la infección por el VIH afecta a la persona en su globalidad y a su entorno de diferentes formas, dependientes tanto de las

características individuales como de los sistemas de apoyo con que cuenta la comunidad. Es desde una comprensión integral que abarque los componentes biológicos y psicológicos desde donde se puede intervenir con el objetivo de mejorar la calidad de vida individual de todos y cada uno de los componentes del sistema que se encuentran afectados.

Bibliografía

- Antela, A. (2002): “Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana”, en *Medicine 8^a serie*, 73, 3923-3932.
- Basabe, N. y otros (1996): *El desafío social del SIDA*. Madrid, Fundamento.
- Bayes, R. (1995): *Sida y psicología*. Barcelona, Martínez Roca
- Bishop, G.H. (1994): *Health psychology. Integrating Mind and Body*. Boston (MA), Allyn & Bacon.
- Blanco, A. y Sánchez, F. (1997): “Factores psicosociales en el SIDA (II). El riesgo como valor y como norma”, en *Pub. of Sesida*, 4, 49-56.
- British Association of Counselling (1979): *Definition of Terms in Use with Expansion and Rationale*. Rugby, England, British Association of Counselling.
- Glaser, R. y Kielcolt-Glaser, J. (eds.) (1999): *Handbook of stress and immunity*. San Diego (CA), Academic Press.
- Ibáñez, E. (coord.) (1990): *Psicología de la Salud y estilos de vida*. Valencia, Promolibro.
- Kaplan, R.M.; Sallis, J.F. y Patterson, T.L. (1993): *Health and human behavior*. New York, MacGraw-Hill.
- King, M.B. (1993): *AIDS, HIV and Mental Health*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Mangos, J.A. y otros (1990): “Pediatric AIDS: Psychosocial impact”, en *Texas Medicine*, 86, 422-435.
- Martín, P. (1997): *Enfermar o curar por la mente. El cerebro y el sistema inmunitario*. Madrid, Debate.
- Maslach, C. y Kackson, S. (1981): “The measurement of experienced burnout”, en *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 9-113.
- Mirabel, A. y otros (1996): “¿Quién cuida al cuidador? Prevención del Burn-out”, en *Pub. of Sesida*, 7: 107-108.
- Onusida (1997): *Asesoramiento y VIH/SIDA: Actualización técnica*. Ginebra, ONUSIDA.
- Pelechano, V. (dir.) (1996): *Psicología clínica o psicología de la salud*. Valencia, Promolibro.
- (2000): *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona, Ariel.
- Toro, C. y otros (2002): “Infecciones por Retrovirus HTLV-I/II”, en *Medicine 8^a serie*, 73, 3915-3922.

RESUMEN:

El objetivo de este artículo es ofrecer una comprensión global de la infección por VIH. Si bien es un proceso inicialmente asintomático, el avance de la infección produce consecuencias a nivel de funcionamiento, en gran medida por las implicaciones psicológicas que conlleva.

Por ello, se destaca la necesidad de una comprensión que abarque la evaluación e intervención psicológica de la persona con VIH y sus cuidadores como medio de mejorar la calidad de vida de todos ellos.

PALABRAS CLAVE:

VIH, SIDA, calidad de vida, salud psicología.

ABSTRACT:

The aim of this paper is to offer a comprehensive understanding about HIV. Although the beginning of process has not symptom, the infection progress and generates consequences at level of functioning that are carried by psychological implications.

Because of that, the need of a comprehension that includes psychological evaluation and intervention with a person suffering from HIV/AIDS and his personal support is emphasized like the best method to improve their quality of life.

KEY-WORDS:

HIV, AIDS, quality of life, health psychology.

Repercusión del cáncer de mama en la paciente.

Enfoque de la psico-oncología

María Joao Forjaz / Emilio Garrido-Landívar*

La mayoría de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama pueden esperar curarse o por lo menos vivir durante un largo periodo de tiempo con la enfermedad (Roland y Massie, 1998). La eficacia de los tratamientos de cáncer se mide no sólo en términos del periodo de remisión de la enfermedad y del tiempo de supervivencia, sino también en términos de la calidad de vida de la paciente y de los recursos psicológicos y sociales que ésta presenta para afrontar la enfermedad y el tratamiento. De este modo, es cada vez más importante tomar en consideración el impacto de los factores psicológicos en la prevención, detección y tratamiento de la enfermedad (Glanz y Lerman, 1992).

Los factores que afectan al impacto psicológico del cáncer de mama se pueden dividir en tres grandes grupos: variables relativas al contexto sociocultural, variables psicológicas y variables médicas.

1. Contexto sociocultural

En cuanto al contexto sociocultural, es muy importante tener en cuenta la etapa del ciclo vital en que se encuentra la paciente. Por ejemplo, el efecto secundario de infertilidad causado por ciertos tratamientos es un factor importante para una joven de 20 años, pero no para una mujer post-menopáusica. De los siete factores de riesgo psicosocial identificados por Parle *et al.* (2001), seis se refieren al contexto social-cultural de las pacientes: edad menor de 50 años, bajo apoyo social, dificultades familia-

* Universidad Pública de Navarra.

res, problemas relacionales, hijos menores de 21 años, dificultades económicas y la presencia de otros estresores (el séptimo factor es la presencia de historia psiquiátrica). La influencia de estos factores se hace patente en los dos ejemplos ilustrativos que se presentan a continuación. Se trata de dos mujeres que fueron diagnosticadas recientemente con cáncer de mama, Linda y Blanca.

Linda es una mujer de 35 años que inmigró de Ecuador, hace dos años con su marido y sus dos hijos. Trabaja limpiando casas, llevando consigo a su hija menor de 2 años, ya que dice que una guardería sería un gasto difícil de costear. Su hijo mayor, de 12 años de edad, va al colegio y no había tenido dificultades hasta que su padre se fue de casa, hace seis meses. La pareja está en este momento en proceso de divorcio. Cuando tiene tiempo, a Linda le gusta entretenerse escribiendo a su familia y amigos de Ecuador, ya que en España se siente un poco sola.

Blanca tiene 55 años y vive con su marido y su hija menor, de 23 años, que cursa el último año de medicina. Blanca es ama de casa y su marido trabaja en el negocio familiar. Tienen dos hijos más, uno casado, que vive con su mujer cerca de los padres, y otra soltera, que estudia en otra ciudad. Blanca dice que su familia es una familia muy unida y que le gusta quedar con sus hermanas y cuñadas, que también viven en la misma ciudad. Además, dice disfrutar mucho de un viaje anual que hace con su marido al extranjero.

2. Variables psicológicas

Las variables psicológicas se pueden agrupar en tres grandes áreas: preocupaciones/miedos, cambios en el estilo de vida y malestar psicológico (Meyerowitz, 1980). Además, las estrategias de afrontamiento influyen también en el modo en que la paciente se adapta al diagnóstico, enfermedad y tratamiento (Watson y Greer, 1998). Otro factor de extrema importancia es la historia de trastornos psiquiátricos anteriores. Durante el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, las *preocupaciones y miedos* varían según las circunstancias. Al inicio, los miedos pueden tener más relación con ser más relativos a la intervención quirúrgica o a la mastectomía y pérdida del seno. Más tarde, las pacientes presentan miedo a la recurrencia de la enfermedad. Sin embargo, el miedo a la muerte puede estar presente durante todas las etapas de la enfermedad.

Los cambios de estilo de vida aparecen como consecuencia de la adaptación a nuevas rutinas y horarios impuestos por el tratamiento y las visitas al hospital. Además, la paciente tiene que adaptarse a un reducido nivel funcional y a una menor capacidad para realizar las tareas habituales. Finalmente, la enfermedad puede conllevar alteraciones en las relaciones conyugales y sexuales.

El malestar en el cáncer se define como “una experiencia emocional desagradable, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional), social, y/o espiritual que puede interferir con la capacidad de afrontamiento del cáncer, de sus síntomas físicos y de su tratamiento” (Holland, Jacobsen y Riba, 1992, p. 4). Es importante no-

tar que el malestar tiene varios niveles, que van desde la ausencia de malestar hasta el malestar extremo, con depresión, ansiedad, crisis de angustia y crisis espirituales, pasando por sentimientos normales de vulnerabilidad, tristeza o miedo. Todos los pacientes con cáncer refieren tener un cierto nivel de malestar. Sin embargo, los niveles extremos de malestar son menos frecuentes.

En un estudio sobre la depresión en el cáncer, Bukberg, Penman y Holland (1984) encontraron que el 44% de los pacientes no presentaban síntomas depresivos y que el 14% de los pacientes oncológicos hospitalizados presentaban un cuadro de depresión mayor. En un estudio más reciente, con 89 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y valoradas después de completar sus tratamientos, se observó que el 75% de las pacientes no tenían síntomas psiquiátricos, el 10% de las participantes cumplían criterios para el diagnóstico de Depresión Mayor, y el 8% para un Trastorno de Ansiedad (Simpson *et al.*, 2002).

Las preocupaciones y miedos, los cambios en el estilo de vida y el malestar psicológico dependen no sólo de variables médicas (como por ejemplo, el estadio del tumor cuando fue diagnosticado), sino también de las estrategias de afrontamiento que utiliza la paciente. Tomado los dos ejemplos anteriores, podemos ver cómo las dos mujeres reaccionan de forma muy distinta al diagnóstico:

Linda, la mujer de 35 años con dos hijos pequeños, busca información sobre su diagnóstico en el centro regional de la Asociación Contra el Cáncer de su ciudad. Dice a su médico que por favor le explique lo que tiene que hacer para “ganar al cáncer” y ve la enfermedad como una dificultad más en su vida, que logrará superar.

Blanca, la mujer de 55 años con tres hijos adultos informa a su médico que prefiere pensar un poco antes de ser operada. No dice nada a su familia “para no preocuparlos” y decide posponer su próxima visita al médico ya que en este momento “no le viene bien”. Cuando siente el bulto en su pecho, se dice a sí misma que el médico debería estar equivocado y que seguro que se trata de un tumor benigno. Sin embargo, procura no pensar mucho en el asunto, manteniéndose lo más ocupada posible.

El cuestionario de Adaptación Mental al Cáncer (MAC, Watson *et al.*, 1988; Greer *et al.*, 1989) define cinco estrategias de afrontamiento: espíritu de lucha, evitación/negación, aceptación estoica, preocupación ansiosa y desamparo/desesperanza. En una revisión de la literatura, Watson y Greer (1998) concluyen que la aceptación estoica, preocupación ansiosa y desamparo/desesperanza están significativamente relacionados con la obtención de peores resultados en la enfermedad.

El espíritu de lucha representa una postura activa en la cual el paciente acepta el diagnóstico, mantiene una actitud optimista, y quiere participar en las decisiones médicas y luchar contra la enfermedad. La evitación/negación representa el rechazo de la paciente ante el diagnóstico de cáncer, minimizando frecuentemente la gravedad del diagnóstico y evitando pensar en ello. Las pacientes con aceptación estoica asumen el diagnóstico con una actitud resignada y fatalista. En la preocupación ansiosa las pacientes buscan frecuentemente que les tranquilicen ya que sienten una

ansiedad constante por el cáncer y presentan una tendencia a interpretar el malestar físico como señal de que la enfermedad se está desarrollando. El desamparo/desesperanza describe pacientes que adoptan una actitud completamente pesimista, abrumadas por el diagnóstico y con voluntad de desistir.

3. Variables médicas

La adaptación psicológica al cáncer de mama depende no sólo del contexto sociocultural o de las estrategias de afrontamiento, sino también de otros factores médicos como el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico o las oportunidades de rehabilitación. Por otro lado, es muy importante la relación que establece la paciente con el equipo médico, incluyendo las enfermeras, cirujano, oncólogo, radiólogo, técnicos de radioterapia, recepcionistas, etc.

Las necesidades de la paciente son distintas según las distintas etapas del proceso de la enfermedad y tratamiento, empezando por la fase del diagnóstico. Del mismo modo, el papel de la enfermera es distinto según estas etapas, pero debe estar siempre enfocado a proporcionar información, apoyo social y a detectar cuándo hay que referir el caso a otros especialistas, además de los cuidados médicos (Specialist Breast Nurse Project Team, 2000). La información proporcionada debe adaptarse al nivel sociocultural de la paciente. Se pueden utilizar esquemas, material impreso o incluso información disponible en Internet. Por ejemplo, hay páginas web en castellano diseñadas especialmente para pacientes con cáncer de mama:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/breastcancerspanish.html>

Durante la fase de diagnóstico del cáncer de mama, es importante que la enfermera se percate de la presencia de factores de riesgo psicológico en la paciente. Además, la enfermera debe hablar con la paciente sobre cómo está respondiendo a la noticia del diagnóstico y cuáles son las redes de apoyo social con las que cuenta la paciente. Hay casos de mujeres que adoptan una actitud estoica y a pesar de contar con muchos familiares y amigos deciden mantener el diagnóstico en secreto. Finalmente, la enfermera puede desempeñar un papel muy importante al hablar con la familia, informándoles sobre los procedimientos médicos y sobre cómo pueden ayudar ellos a la paciente.

La fase del pre-operatorio se caracteriza por un nivel alto de ansiedad y miedos, ya que la cirugía se ve siempre como un procedimiento amenazante. De este modo, la información que la enfermera da a la paciente ayuda a reducir los miedos y a que la paciente adopte una actitud más tranquila. De este modo, la enfermera debe hablar sobre las reacciones de la paciente ante la cirugía.

Durante la fase del post-operatorio el malestar físico es bastante elevado. Así, la enfermera debe dar oportunidad para que la paciente hable de sus sentimientos y que también se discutan los problemas y posibles soluciones. Del mismo modo, es muy importante preparar el alta, verificando se haya ayuda práctica cuando vaya a

casa y, si fuera necesario, indicar la orientación de un asistente social. Finalmente, se puede ofrecer la posibilidad de mantener conversaciones con la familia para discutir las reacciones de la paciente ante la cirugía y para hablar del alta.

Las sesiones de seguimiento, por ejemplo a las 4 y a las 10 semanas después de la intervención quirúrgica, son momentos importantes para que la enfermera hable con la paciente sobre los sentimientos y problemas que van surgiendo. Además, se debe valorar el efecto del tratamiento en las relaciones y en la intimidad de la paciente. Se puede referir a la paciente a grupos de apoyo como forma de aumentar el apoyo social. Por otro lado, es importante verificar la presencia de problemas psicológicos para derivar a la paciente a un especialista.

Además, el equipo médico tiene un papel importante en las fases de remisión de la enfermedad, ayudando a la paciente a volver a su vida normal y a afrontar los efectos secundarios a largo plazo y a los sentimientos de miedo ante la recurrencia. La actuación del equipo médico continúa también durante las fases de recurrencia de la enfermedad y de cuidados paliativos, las cuales conllevan cuestiones específicas.

Bibliografía

- Bukberg, J., Penman, D. & Holland, J.C. (1984): "Depression in the hospitalized cancer patient", *Psychosomatic Medicine*, 46, 199-212.
- Glanz, K. y Lerman, C. (1992): "Psychosocial impact of breast cancer", A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 204.
- Holland, J.C., Jacobsen, P.P., Riba, M.B. (2002): *NCCN: Distress Management*.
- Meyerowitz, B.E. (1980): "Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment", *Psychological Bulletin*, 87, 80-108.
- Rowland, J.H. & Massie, M.J. (1998). "Breast Cancer", en J.C. Holland (ed.) *Psycho-Oncology*. New York, Oxford University Press, pp. 380-401.
- Simpson, J.S., Carlson, L.E., Beck, C.A., & Patten, S. (2002): "Effect of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients", *Psycho-Oncology*, 11, 282-294.
- Specialist Breast Nurse Project Team (2000). Specialist Breast Nurses: An evidence-based model for Australian practice. (<http://www.nbcc.org.au/pages/info/resource/nbccpubs/sbnreport/contents.htm>).
- Watson, M. & Greer, S. (1998): "Personality and Coping", en J.C. Holland (ed.): *Psycho-Oncology*. New York, Oxford University Press, pp. 91-98.

RESUMEN:

En la atención a la mujer diagnosticada con cáncer de mama se tienen en cuenta cada vez más el impacto de los factores psicológicos. La adaptación de la paciente al cáncer de mama depende de varias variables, entre las cuales las relativas al contexto socio-cultural, las variables psicológicas y las medicas. Las variables socioculturales permiten identificar qué mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar síntomas de malestar psicológico. De entre las variables psicológicas, encontramos las distintas estrategias de afrontamiento, la historia psiquiátrica, malestar psicológico y las preocupaciones y miedos. El impacto de las variables socioculturales y psicológicas se ilustra con dos casos ejemplo. Finalmente, las variables médicas están relacionadas con el estadio de la enfermedad, tratamiento y pronóstico. Es de particular importancia la relación que la paciente establece con el equipo médico. Se presenta un modelo de actuación de la enfermera especialista en cáncer de mama enfocado a las necesidades psicológicas de las pacientes en las diversas etapas del tratamiento.

PALABRAS CLAVE:

Cáncer de mama, psico-oncología.

ABSTRACT:

The influence of psychological factors is more and more taken into consideration into the care of breast cancer patients. The patient's adaptation to the cancer depends upon several variables, including socio-cultural, psychological and medical variables. The socio-cultural variables allow identifying which women present a higher risk of developing psychological symptoms. Psychological variables include coping strategies, psychiatric history, psychological concerns and fears. The impact of socio-cultural and psychological variables is exemplified with the help of two case studies. Finally, medical variables are related to the disease's stage, treatment and prognosis. It is of particular importance the relationship between the patient and the medical team. A model of the breast cancer nurse specialist is presented. This model focuses on the patient's psychological needs throughout the several treatment phases.

KEY WORDS:

Breast cancer, psycho-oncology.

Psico-oncología

Juan Ignacio Arrarás* / Emilio Garrido Landívar**

1. Introducción: la psico-oncología

En el presente artículo nos vamos a centrar en el cáncer tratando de ofrecer una visión general del papel que la psicología clínica tiene en esta enfermedad. La especialidad a la que nos vamos a referir a lo largo de estas páginas recibe el nombre de *psico-oncología*, área que ha tenido un crecimiento importante en las últimas décadas. La psico-oncología es en esencia el estudio científico de la persona que desarrolla el cáncer y se centra en los aspectos psicológicos y sociales del paciente con dicha enfermedad (Greer, 1994). Trabaja con aspectos relacionados con el cáncer y con las diferentes personas que están influenciadas por él: el paciente, los cuidadores (familiares y otros) y los profesionales. En este sentido la psico-oncología esta centrada en **dos grandes dimensiones psicológicas** del cáncer: a) las respuestas emocionales del paciente, los familiares y otros cuidadores, que se pueden dar a lo largo de las distintas fases de la enfermedad y del tratamiento, y b) los factores psicológicos, conductuales y sociales que pueden influir en la aparición y evolución de la enfermedad (Holland, 1992). En relación a esta segunda dimensión queremos destacar tal como presentamos más adelante, la gran influencia que tienen los hábitos de alimentación, el consumo de tóxicos y otros en la aparición de la enfermedad.

Las **actividades actuales de la psico-oncología** pueden ser organizadas en cuatro grandes áreas (tabla 1)

* Doctor en Psicología. Psicólogo especialista en Psicología de la Salud.

** Universidad Pública de Navarra.

Tabla 1
Actividades actuales de la Psico-Oncología

- 1) Programas clínicos en los que los psicólogos ofrecen apoyo a los pacientes y a las personas cercanas a ellos, en áreas como las reacciones emocionales, la adaptación a los diferentes momentos de la enfermedad y del tratamiento, la comunicación o la información.
- 2) Programas clínicos dirigidos también a los profesionales, quienes también presentan respuestas emocionales de gran intensidad e importancia.
- 3) Formación a los profesionales que trabajan en el área de la oncología para que puedan dar apoyo psicológico a los pacientes, familiares y a otros profesionales.
- 4) Investigación: en la actualidad se están llevando a cabo un número importante de estudios científicos, en campos como la prevención de la enfermedad, la adaptación a las distintas fases de esta, la influencia de los factores psicológicos en la aparición y evolución del cáncer, el consejo genético, la medición y mejora de la calidad de vida de los pacientes y otras.
- 5) Intercambio de información científica y formación a través de sociedades, como la Sociedad Europea de psico-oncología (ESPO), congresos y cursos específicos de psico-oncología, programas de formación, como el ofertado en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York
- 6) Publicaciones en revistas internacionales específicas como *Psycho-Oncology*, *Journal of Psychosocial Oncology* o más generales como *Journal of Health Psychology* and *Social Science & Medicine*, y en un número importante de revistas y libros médicos.

Si echamos una mirada hacia atrás podemos ver que los cambios producidos en la sociedad y en la medicina han llevado a un mayor interés general en los aspectos psicológicos del cáncer. Se han dado por ejemplo mejoras importantes en la prevención y en la detección temprana del cáncer (diagnóstico de la enfermedad en fases iniciales), con un reconocimiento del papel que los factores psicológicos tienen en ellos (la importancia de los hábitos sanos de alimentación, ejercicio y otros), la atención de las personas a su salud, aprender a reconocer las señales que pueden indicar el inicio de la enfermedad y acudir a los servicios de salud). Hay actualmente también una preocupación importante no sólo por eliminar la enfermedad, sino por ofrecer las intervenciones que aseguren una mejor calidad de vida a estos pacientes (Holland, 1990^a; Holland, 1992; Greer, 1994).

Los tratamientos oncológicos también han mejorado con el paso de los años. A principios del siglo pasado la eliminación total o parcial del tumor mediante la cirugía era la principal arma terapéutica contra el cáncer. La radioterapia comenzó alrededor de 1920. La quimioterapia al final de los años 40. Otros tratamientos, como la terapia hormonal aparecieron más tarde. Todas estas modalidades de tratamiento han progresado y se ha avanzado además en su presentación de forma combinada. Además, ha habido progresos importantes en el control de síntomas de la enfermedad (el dolor y otros) y de los efectos secundarios de los tratamientos (ej.: náuseas, vómitos, irritación del aparato digestivo y otras). Un área en la que se ha producido

un gran desarrollo ha sido la de los Cuidados Paliativos, cuidados dirigidos a personas con enfermedad avanzada que se encuentran en las fases finales de su vida.

Las intervenciones psicológicas han ido creciendo progresivamente a la par que se han dado estos mismos avances técnicos. Tal como presentábamos en el apartado anterior, ha habido un interés creciente en aspectos como la información, la comunicación con el paciente, la intervención en las reacciones emocionales del paciente y su entorno, la prevención, y otras. Un factor clave para el desarrollo de la psico-oncología es que ha demostrado ser **muy efectiva**.

2. Breve introducción a los aspectos médicos

El cáncer es un diagnóstico general que incluye a casi 200 tipos de enfermedades. Alguno de los datos que nos pueden hablar de su importancia es que es responsable del 20% de las muertes, siendo la segunda causa más importante de las muertes en los países desarrollados. Sin embargo, y contrariamente a la visión que se suele tener de esta enfermedad en nuestro entorno, algunos tipos de cáncer pueden ser prevenidos y un número relativamente importante curados. Además, algunos tumores presentan un grado alto de curación si son diagnosticados al inicio de la enfermedad y tratados adecuadamente: mama, linfoma, laringe y otras. En los países desarrollados, los tumores más frecuentes son, en orden descendente: pulmón, intestino, mama, estómago, leucemia / linfoma, próstata, ovario e hígado (Parkin *et al.*, 1993).

Un aspecto que inicialmente podría llamar la atención es que ha habido un incremento en el número de nuevos casos de cáncer a lo largo del último siglo. Este incremento puede ser debido a una mayor esperanza de vida de la población unido a que los tumores tienden a aparecer con más frecuencia en la segunda etapa de la vida, y a un incremento en la exposición a los factores de riesgo de cáncer: sol, tabaco, alimentación inadecuada y otros (Kaasa, 1995).

2.1. Factores de riesgo

La mayoría de los cánceres son causados por una combinación de factores internos y externos a la persona. Entre estos factores podemos destacar la conducta del ser humano (alimentación, tabaco y otros) y el entorno (las radiaciones solares). Este hecho puede ser contrario a la visión que se suele tener de esta enfermedad como algo que aparece, algo que “te toca” sin nuestra influencia y sin que podamos hacer nada en ningún caso por evitarlo. Diferentes expertos consideran que si se identifican los factores de riesgo y se reducen, también se podría disminuir el número de casos nuevos de cáncer (Trichopoulos *et al.*, 2000). Una prueba para estos autores de la importancia de estos factores de riesgo es que el número de casos nuevos para algunos tumores ha variado a lo largo del tiempo; así el cáncer de pulmón ha subido y el de estó-

magos ha bajado durante el siglo pasado en los países desarrollados. Además, son muy estudiadas las variaciones que se han producido en el número de los diferentes tumores en poblaciones que han cambiado de país de residencia (como el caso de chinos que fueron a vivir a Estados Unidos), aumentando los de un tipo y disminuyendo la de otros en comparación a generaciones anteriores. Ello se ha relacionado con cambios en aspectos como la dieta de un área geográfica a la otra.

3. Reacciones emocionales

3.1. Introducción

Las reacciones emocionales de los pacientes con cáncer y de sus familiares son un área de intervención muy importante para la psicología. Nos gustaría destacar un aspecto que consideramos de gran relevancia, y es que estas reacciones emocionales ocurren porque estos pacientes están haciendo frente a **un problema real**: la enfermedad, los tratamientos y sus efectos secundarios y la posibilidad de una mala evolución. No estamos hablando de problemas como los temores ante situaciones que objetivamente no son peligrosos, como los miedos intensos a cometer errores, quedar en ridículo u otros. Por lo tanto, **la actitud** de los profesionales y los cuidadores debería estar relacionada con esta situación, mostrando empatía y comprensión.

Un segundo aspecto que nos gustaría destacar es el de que un diagnóstico de cáncer puede despertar un sentimiento de peligro en el paciente y en aquellos que cuidan de él. No debemos olvidar que el cáncer está asociado en nuestra cultura con la idea de muerte (aunque en un número importante de casos este peligro no existe) y también a una posible imposibilidad de realizar planes para el futuro del paciente y sus familiares. Sorprende a veces contrastar esta imagen con la de otros países, como los Estados Unidos, donde hay una mayor confianza en los tratamientos y una mayor esperanza de curación.

Un tercer aspecto a destacar es que es **esperable** que se produzcan **reacciones emocionales** de ansiedad, tristeza u otras en el paciente y en su entorno, y que sea necesaria una adaptación emocional a los diferentes cambios que se vayan dando a lo largo de la enfermedad y el tratamiento. Una persona que muestre una respuesta fría ante el diagnóstico o los tratamientos podría llevarnos a pensar que aún no ha entrado en contacto con su problema. En este sentido, en un estudio realizado con pacientes oncológicos ingresados en la planta del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra (Arrarás y Villafranca, 1996), se encontró que un 40 % de estos pacientes tenían una reacción que podría ser considerada como *normal*, lo cual no implicaba en absoluto una ausencia de emociones intensas. Bajo esta etiqueta de “reacción normal” se incluyen cambios en el estado emocional del paciente que pueden ser significativas, y en las que el psicólogo tiene un papel importante para ayudar al paciente a hacerles frente.

La enfermedad y los tratamientos pueden provocar reacciones que podrían ser etiquetadas como trastornos mentales cuando dichas reacciones sean más intensas

y/o más prolongadas en el tiempo de lo normal: niveles altos y mantenidos de depresión y/o ansiedad, consumo de tóxicos, aislamiento importante, agresividad y otras.

Tabla 2
Un ejemplo de la reacción de un paciente ante su enfermedad
y de la intervención realizada por el psicólogo

Jorge era una persona de 55 años de edad que había sido derivado al psicólogo por el oncólogo que se encontraba a su cargo. Había recibido recientemente el diagnóstico de cáncer de estómago, momento a partir del cual se había producido una reacción negativa: había cambiado sus relaciones con otras personas, retrayéndose más del contacto con otros, y había comenzado a mostrar signos de ansiedad y depresión: dormía mal, había dejado de interesarse por sus aficiones, paseaba continuamente por la habitación y se mostraba irritable.

El psicólogo mantuvo inicialmente varias entrevistas con el en las que evaluó entre otras áreas, su estado emocional, su visión de la enfermedad y los tratamientos, los cambios que se había producido en su vida a partir de esta, la esperanzas que tenía de cara al futuro y su manera habitual de hacer frente a las dificultades.

En estas entrevistas Jorge mostraba tener unos niveles elevados de ansiedad y depresión. Tenía una visión negativa de algunas áreas relacionadas con su enfermedad: creía que sus posibilidades de cura eran menores de lo que realmente eran y que el tratamiento iba a ser muy tóxico. A ello había contribuido el que durante la entrevista con el médico, Jorge se había encontrado muy nervioso y no había podido atender adecuadamente a las informaciones transmitidas por el profesional. Además, Jorge tenía el recuerdo de un amigo de su barrio que había muerto de cáncer, recuerdo con el que estaba comparando su situación, aunque en ese caso el tumor estaba en otra localización (el pulmón), la enfermedad se encontraba más avanzada y el tratamiento había sido más intenso.

Por otro lado, Jorge creía que había podido tener un papel importante en la aparición de su enfermedad: creía que el hecho de llevar una vida más sedentaria que cuando era más joven podía haber influido en el desarrollo del tumor.

Su funcionamiento previo al diagnóstico de la enfermedad era adecuado. Había tenido otras dificultades a lo largo de su vida, laborales y familiares, ante las que había reaccionado retrayéndose del contacto con los demás, y con unas expectativas pesimistas de las posibilidades de arreglar dichos problemas, reacción que tenía bastante similitud con la que estaba presentando en ese momento.

La intervención del psicólogo se dirigió a diferentes campos: primero se intentó contactar con Jorge y darle la posibilidad de hablar de sus preocupaciones en un ambiente de aceptación y confianza. Además, se intentó aclarar las informaciones erróneas sobre su enfermedad, las causas, los tratamientos y el futuro, labor en la que colaboró también el médico. Se le enseñaron técnicas para poder disminuir su nerviosismo y hacer frente a los tratamientos que iba a recibir (relajación, respiración y otras), se mejoró la comunicación con sus familiares intentando que compartieran sus preocupaciones, su visión de la enfermedad y se dieran apoyo, y se trabajó la mejora de su estado de ánimo, buscando además que recuperara su hábitos diarios perdidos. Todo ello ayudó a que Jorge mejorara su adaptación a la enfermedad y los tratamientos.

3.2. Reacciones emocionales y papel del psicólogo

La ansiedad alta y la depresión son las dos reacciones emocionales negativas que se dan con más frecuencia entre los pacientes oncológicos. La **ansiedad** en sí misma es una reacción natural que presenta el ser humano ante las situaciones de peligro. En este sentido, el cáncer y sus tratamientos pueden ser entendidos como señales de amenaza para el bienestar de la persona. Un nivel leve o moderado de ansiedad puede ser útil, ya que puede motivar al paciente a colaborar en su tratamiento y rehabilitación. El problema comienza cuando la intensidad de esta ansiedad es mayor de lo que sería deseable. Esta ansiedad puede ser experimentada por los pacientes en tres niveles diferentes: a nivel de sus pensamientos, cuando el paciente puede tener ideas o imágenes de contenido negativo relacionadas con su situación actual o futura (verse desfigurado, esperar tener dolor, ver sus planes de futuro alterados, creer que no se va a recuperar...); a nivel fisiológico, en donde respuestas de nuestro organismo como la respiración, el ritmo cardíaco o la tensión muscular pueden dispararse y llegar a resultar molestas (creando por ejemplo sensaciones de ahogo, dolores de cabeza y otras); a nivel de la conducta de la persona, cuando su funcionamiento habitual puede verse alterado (actuar de manera más acelerada, dejar de realizar algunas actividades, mostrarse irritable y otras). En determinados momentos del proceso de la enfermedad y del tratamiento, como cuando el paciente recibe el diagnóstico, se inicia el tratamiento o cuando se produce una recaída, se pueden dar reacciones de ansiedad más intensas.

La **depresión** es otra reacción emocional negativa importante que se da entre los pacientes con cáncer y que suele presentarse con más frecuencia que la ansiedad (Derogatis *et al.*, 1983). Puede ser entendida como una respuesta normal ante una pérdida real o esperable de aspectos que son importantes en nuestras vidas (familia, amigos, trabajo, proyectos y otras). En este sentido, el recibir el diagnóstico de cáncer, el descubrimiento de una recaída, el inicio o finalización de los tratamientos pueden ser considerados sucesos negativos que pueden ir asociados a pérdidas reales o esperables: actividades, capacidad física, relaciones sociales, planes de futuro u otras. Mermelstein y Lesko (1992) hacen una revisión de estudios sobre la depresión en el paciente oncológico. Estos autores encuentran que la depresión se da con más frecuencia entre aquellos pacientes que tienen una enfermedad más avanzada (lo que puede ir asociado a un pronóstico peor) y con niveles mayores de malestar y discapacidad. Y al igual que decíamos en relación a la ansiedad, las reacciones depresivas pueden manifestarse en el paciente oncológico a nivel de sus ideas, con una visión negativa de sí mismo, de su entorno y del futuro, pérdida del interés y disfrute de las cosas (pudiendo llegar el paciente en algunos casos a creer por ejemplo que es una persona que ya no merece la pena o que es una carga para los demás); a nivel fisiológico (con alteraciones del sueño, del apetito, disminución de la energía y otras); a nivel de su conducta (abandonado las relaciones con sus amigos, sus aficiones, saliendo menos del hogar).

Frente a visiones más pesimistas podemos decir que los pacientes con cáncer pueden, en un número importante de casos, adaptarse en mayor o menor grado a su situación: sus respuestas emocionales pueden mejorar y para ello pueden beneficiarse de una serie de factores que presentamos en la tabla 3 (Mermelstein y Lesko, 1992). Si nos fijamos en esta tabla, podemos ver que muchos de estos factores se trabajan desde la psicología, es decir el psicólogo ayuda al paciente y a las personas de su entorno a que tenga una mejor adaptación a la enfermedad.

Tabla 3
Factores que influyen en la adaptación de los pacientes a su enfermedad y tratamiento, y en sus reacciones emocionales

- 1) El nivel de apoyo social (calidad y cantidad) de la familia y otros cuidadores, y de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos).
- 2) Aspectos del paciente, como:
 - Las experiencias previas con la enfermedad tanto propias como de personas cercanas (cuanto más positivas, más favorecen la adaptación)
 - La capacidad de hacer frente a las dificultades y a las emociones intensas.
 - El momento de la vida en que se encuentre, los proyectos que haya desarrollado (hijos, trabajo y otros) y los que le gustaría llevar adelante (una mayor edad y mayor desarrollo del proyecto de vida de la persona puede favorecer una mejor adaptación).
- 3) Otros problemas que puedan aparecer a la vez que la enfermedad (laborales, familiares...)
- 4) Características de la enfermedad y de los tratamientos (gravedad de los síntomas, necesidad de cuidados, intensidad de los efectos secundarios de los tratamientos, posibilidades de rehabilitación y otras).

Entre las posibles **intervenciones que realiza el psicólogo** podemos incluir toda la amplia gama de tratamientos que ofrece la psicología clínica y en particular las intervenciones más específicas de la psico-oncología: como las de orientar a los profesionales y cuidadores sobre la administración a los pacientes de la información del diagnóstico y los tratamientos; ayudar a mejorar la comunicación entre profesionales, familiares y pacientes; dar apoyo emocional realizando una escucha activa de las preocupaciones del paciente; ayudarlo a situarse y a tomar decisiones ante los cambios que le va planteando la enfermedad; enseñar técnicas para manejar la ansiedad ante la enfermedad y los tratamientos: diferentes modalidades de relajación, respiración, estrategias de contenido mental; ofrecer intervenciones dirigidas a mejorar su estado de ánimo, como las de aclarar ideas erróneas sobre la enfermedad, las causas y su responsabilidad en esta: ayudar a la persona a mantener un estilo de vida lo más rico posible y ajustado a sus limitaciones; dar orientaciones a su familiares sobre como dar cuidados al paciente; tratar las propias reacciones emocionales de estos familiares. Además, en casos de mala evolución, se puede ayudar a la persona a hacer frente a la muerte.

3.3. Afrontamiento de los problemas y las emociones

Las personas cuando nos encontramos ante una situación o una emoción difíciles, podemos intentar poner en juego estrategias para hacerles frente; esto es lo que entendemos por afrontamiento. En unos casos nos dirigimos a los **problemas**, haciendo cosas como intentar resolverlos, buscar la ayuda de otras personas, paliar sus consecuencias negativas o incluso evitarlos; en otros casos nos podemos centrar en las **emociones negativas** de ansiedad y depresión que pueden ir asociadas a los problemas, buscando eliminarlas, reducir su intensidad o prevenir su aparición a través de tácticas como las de variar nuestra manera de ver el problema, aplicar técnicas de relajación, de distracción, compensar las pérdidas con aspectos agradables u otras intervenciones.

El afrontamiento es un área muy importante dentro de la adaptación de los pacientes oncológicos a su situación. Estos pacientes deben hacer frente a los problemas creados por la enfermedad y los tratamientos y también a las emociones negativas que pueden acompañarles. Habitualmente deben emplear estrategias dirigidas a ambos tipos de factores, aunque en general el cáncer exige del sujeto un esfuerzo mayor de estrategias dirigidas hacia las emociones que hacia los problemas prácticos creados por la enfermedad, tratamientos y otros. El psicólogo desarrolla una labor muy útil ayudando a los pacientes y sus familiares a afrontar las limitaciones y las emociones creadas por la enfermedad. Puede enseñar estrategias de afrontamiento (por ejemplo técnicas de manejo de ansiedad) o puede orientarle hacia el uso de estrategias adecuadas que el sujeto ya conoce.

Watson *et al.* (1988) describen cinco formas o modelos de afrontar la enfermedad, que podrían ser entendidos como estilos de hacer frente a las dificultades. Dichos estilos se presentan en la tabla 4. En general podemos decir que unos estilos van a ser más efectivos que otros para conseguir una adaptación mejor a la situación (por ejemplo un espíritu de lucha va a ser más efectivo que la desesperanza). Por otro lado, a lo largo de la enfermedad y del tratamiento puede ser adecuado variar la forma de afrontamiento, amoldándonos a las circunstancias cambiantes (la negación puede ser útil en momentos determinados, como cuando el paciente recibe el diagnóstico o justo después de la cirugía, mientras que durante el tratamiento o la rehabilitación puede ser mejor llevar un espíritu de lucha. Meyerowitz, 1983). Nos gustaría destacar que hay pacientes que sorprendentemente hacen una negación absoluta de su enfermedad y consiguen adaptarse a la situación, ya que parecen estar viviendo una realidad más positiva que la que tienen delante.

Tabla 4
Modelos de afrontamiento al cáncer (Watson *et al.*, 1988)

1. Espíritu de lucha	Los pacientes ven su enfermedad como un reto, consideran que tienen control sobre la situación, son optimistas en relación a su futuro, toman un papel activo en su recuperación, con un ánimo positivo.
2. Desesperanza	Los pacientes consideran su enfermedad como una gran amenaza, creen que no tienen control sobre la situación, tienen una visión pesimista de su pronóstico, no intentan hacer frente a los problemas, y presentan un estado de ánimo depresivo.
3. Preocupación ansiosa	Los pacientes consideran la enfermedad como una gran amenaza, sienten incertidumbre sobre su futuro y sobre si pueden controlar su situación, tienen una búsqueda de seguridad excesiva (intentando conseguir mucha información, comparando su situación con la de otros), y muestran un nivel elevado de ansiedad.
4. Fatalismo	Los pacientes ven la enfermedad como una amenaza media, consideran que no pueden controlar su enfermedad, aceptan el pronóstico sea cual sea, no hacen nada para hacer frente a los problemas, se encuentran tranquilos.
5. Evitación / negación	Los pacientes no consideran el diagnóstico como una amenaza, niegan la gravedad de la situación, no se plantean si pueden o no controlarla, tienen una visión optimista de la situación, se encuentran tranquilos.

4. Reacciones en los diferentes momentos de la enfermedad

4.1. Introducción

En este apartado vamos a distinguir distintas etapas a lo largo del proceso de tratamiento y diferentes posibles evoluciones de la enfermedad: vamos a presentar las reacciones emocionales que se pueden dar en cada una de ellas. Además, nos gustaría indicar que los niveles de adaptación emocional de los pacientes pueden cambiar a lo largo de estas fases ya que en cada una de ellas, pueden aparecer problemas o darse cambios importantes. En este sentido, los pacientes pueden estar haciendo frente a la enfermedad adecuadamente en un momento concreto pero pueden necesitar hacer esfuerzos añadidos si tienen que afrontar problemas nuevos, como los cambios en la enfermedad o el tratamiento, en su estado físico o en las personas que le dan apoyo.

4.2. Reacciones a las pruebas diagnosticas

El inicio de un proceso de intervención en el cáncer suele darse cuando una persona entra en contacto con un Servicio de Salud al haberse encontrado un síntoma que podría ir relacionado con la enfermedad (se ha encontrado una masa en su pecho, tiene dificultades para tragar) o porque esta participando en un programa de detección de cáncer, como ocurre con el cáncer de mama, en el que las mujeres de un determinado rango de edad son invitadas a realizar una evaluación mediante mamografías (Ascunce *et al.*, 1994). Estos síntomas iniciales pueden ir seguidos de un grupo de pruebas como las biopsias, en las que se analiza una parte del tumor, o las radiografías. Este período de diagnóstico puede ser muy estresante para los pacientes, más si tenemos en cuenta que es necesario esperar un período de tiempo, que puede ser de **varios días**, para recibir los resultados de las diferentes pruebas diagnosticas. En especial podemos destacar los casos de los *“falsos positivos”*, en los que el paciente tras una primera prueba sabe que tiene un tumor, y no es hasta el transcurso de unos días que conoce que este no es cancerígeno, cuanto que es benigno. Los pensamientos de los pacientes pueden alternar durante la fase de diagnóstico, entre “no hay problemas” y “el de que los resultados pueden ser muy negativos”.

La información y el apoyo emocional ofrecido por los profesionales pueden ser de gran ayuda durante el período de pruebas diagnosticas. En este sentido es recomendable ofrecer al paciente información sobre las características de cada paso del proceso a seguir en las pruebas diagnosticas y de los resultados de estas. Esta información le va a ayudar a tener una sensación de control mayor sobre la situación. Una actitud distante hacia el paciente o una descoordinación entre los diferentes profesionales intervinientes en el diagnóstico puede resultar contraproducente (Pernet *et al.*, 1992). En esta fase, el psicólogo orienta a los profesionales y familiares sobre cómo dar la información y ajustarla a las características y necesidades del sujeto, sobre como ofrecer el apoyo emocional, y ayuda a manejar las emociones intensas que los pacientes puedan presentar.

4.3. Reacciones ante el diagnóstico

La administración del diagnóstico es un momento crucial en el proceso de tratamiento, del cáncer. Como hemos comentado previamente, una reacción “normal” ante el hecho de recibir un diagnóstico de cáncer implica el presentar una respuesta emocional intensa, que suele ser de ansiedad o depresión. Una falta de reacción no puede ser considerada como normal, ya que nos puede llevar a pensar que se esta produciendo una negación de la información recibida y sus consecuencias.

Para intentar dar una visión de cómo suelen reaccionar los sujetos ante el diagnóstico, hemos elegido el modelo de Massie y Holland (1990) sobre las fases que se dan en el proceso normal de ajuste del paciente a los sucesos relacionados con su en-

fermedad y como esta reacción suele ir cambiando conforme pasa el tiempo. Para estos autores, la respuesta a un período de crisis relacionado con el cáncer, tanto en el momento de recibir el diagnóstico como en otras situaciones de la enfermedad (recaída), se puede dividir en tres fases (tabla 5).

Tabla 5
Modelo de Massie y Holland (1990) de fases en el proceso de ajuste normal al diagnóstico de cáncer

1. Primero se suele dar una fase inicial en la que la persona puede experimentar una negación temporal del diagnóstico. Los pacientes la describen como un período de “entumecimiento”. Esta reacción inicial implica un distanciamiento emocional temporal de la amenaza de la enfermedad. En algunos individuos esta negación no se da y se pasa directamente a una sensación de desmoralización.
2. Esta fase inicial dura unos pocos días y es seguida de un período de insomnio, ansiedad, miedo al futuro, interferencias en las actividades de la vida diaria y dificultades de concentración. Todo ello puede dificultar el entendimiento de la información que es ofrecida por el médico en las entrevistas. Esta segunda fase puede durar alrededor de una o dos semanas.
3. En la tercera fase, los pacientes se adaptan a la información recibida (el diagnóstico u otra), hacen frente a los diferentes aspectos de la enfermedad y de los tratamientos, y retoman, en la medida de sus posibilidades, las actividades previas.

4.4. Reacciones al tratamiento quirúrgico

La cirugía es un arma terapéutica efectiva a la hora de eliminar los tumores que se encuentren restringidos a un área del cuerpo (por ejemplo, en una zona de la mama), pero su efectividad puede verse limitada si la enfermedad se ha extendido a otras áreas del organismo (metástasis).

Hay dos grupos principales de factores que pueden influir en la adaptación del paciente oncológico a la cirugía. Primero, las variables médicas como la localización del tumor, las posibilidades de curación, las limitaciones causadas por la cirugía (desfiguramiento en la cara, pérdida de movilidad de un miembro): las posibilidades de rehabilitación: la relación entre el paciente y el equipo que realiza la intervención. En relación a la localización podemos poner como ejemplos la influencia que la cirugía de mama puede tener en aspectos como la autoestima o las relaciones de pareja, o la cirugía de la laringe en dimensiones tan importante como las relaciones sociales o el comer delante de otras personas. Un segundo grupo de factores lo constituirían aspectos del propio paciente, como los temores que la persona presenta ante el procedimiento de cirugía y sus consecuencias, o la estabilidad emocional previa del paciente. En este sentido la persona puede tener miedo a la anestesia, a que le causen

daño, o a posibles secuelas como los cambios en su imagen corporal, que pueden verse incrementadas si tiene además una mala adaptación a la enfermedad previa a la cirugía. (Jacobsen y Holland, 1990)

Los psicólogos ayudan a hacer frente a las intervenciones quirúrgicas, con técnicas específicas que disminuyen los temores que puedan presentar los pacientes ante ellas, además de ayudar a manejar las emociones negativas que pudieran darse como consecuencia de la cirugía en la imagen corporal, la autoestima o en otras áreas.

4.5. Reacciones ante la radioterapia

La radioterapia es una intervención médica en la que se emplean radiaciones para reducir el tamaño del tumor a la vez que se respeta a los órganos que lo rodean. Estas radiaciones se administran en servicios especializados que cuentan con un alto nivel tecnológico. Los pacientes reciben sesiones diarias de tratamiento que se suelen prolongar durante varias semanas. Esta modalidad de tratamiento puede ser empleada con intención curativa, cuando la enfermedad no está extendida a otras áreas del cuerpo y se pretende erradicar el tumor: o con intención paliativa, para intentar controlar los síntomas y/o eliminar las metástasis (Hellman, 1997). La radioterapia puede provocar efectos secundarios que aparecen durante el tratamiento o al finalizar este, como los problemas en la piel o la fatiga, y que tienden a desaparecer cuando termina el tratamiento. Además en algunos casos se dan otros efectos secundarios que pueden durar más tiempo. Queremos destacar que la influencia que ejercen sobre el paciente los efectos secundarios producidos tanto por la quimioterapia como por la radioterapia pueden verse afectadas por variables emocionales, en el sentido de que las consecuencias sobre el sujeto de variables como la fatiga, las náuseas, vómitos y otras pueden variar según el nivel de ansiedad o de depresión de sujeto (Hellman, 1997).

Diferentes autores (Holland, 1990c; Chaturvedi *et al.*, 1996) han estudiado las reacciones emocionales que se dan durante el tratamiento de radioterapia. Encuentran que los pacientes presentan mayores miedos en el período que va desde que el médico les indica que van a ser tratados al inicio de la primera sesión de radiación. Esta reacción inicial de miedo es comprensible ya que los pacientes se enfrentan a un sistema amplio de tratamiento que cuenta con un alto nivel técnico, que en la gran mayoría de los casos desconocen, y que además lo reciben mientras están solos en una sala, sin la compañía cercana del personal sanitario. Este nivel elevado de tecnología puede favorecer la creencia de que la intervención va a ser muy intensa y amplia. Además en algunos casos se pueden despertar otros miedos, como que la máquina no funcione adecuadamente u otros.

Por otro lado, en la medida que las personas van conociendo los aparatos de radioterapia, las reacciones emocionales mejoran. Esta mejoría puede estar relacionada con una familiarización con la técnica, y una comprobación del nivel real de efectos secundarios que crea.

Conforme los tratamientos van llegando a su fin, algunos pacientes muestran un cierto empeoramiento en su estado de ánimo relacionado con la acumulación de los efectos secundarios producidos por esta intervención. Todo ello nos indica la importancia que tiene para mantener un estado emocional adecuado durante este tratamiento la información que se le pueda aportar al sujeto sobre el procedimiento de radioterapia, aclararles la visión que tienen de su situación, y en general, el poder contar con la orientación y el apoyo psicológico.

4.6. Reacciones al tratamiento de quimioterapia

La quimioterapia es otra modalidad importante de tratamiento que se emplea en el cáncer. Se administra principalmente a través de la sangre (por las venas o arterias) y con menor frecuencia en pastillas. En la mayoría de los casos este tratamiento implica la administración combinada al paciente de más de un agente quimioterápico, con la intención de mejorar los resultados que podría aportar cada agente por separado. Existen diferentes modalidades de tratamiento de quimioterapia: a) como único tratamiento; b) como tratamiento adyuvante, una vez que el tumor ha sido controlado con cirugía o radioterapia; c) como tratamiento neo-adyuvante, cuando la quimioterapia se administra antes de la cirugía o radioterapia (De Vitta, 1997). Puede haber diferencias en las reacciones psicológicas entre la modalidad b y las otras, donde el sujeto puede entender que está recibiendo un tratamiento innecesario, ya que el tumor se ha eliminado previamente con la radioterapia o la cirugía.

Los efectos secundarios de la quimioterapia se pueden dar a corto y a largo plazo. Algunos de estos efectos secundarios son la alopecia, fatiga, náusea y vómitos y otros. Estos efectos secundarios varían ampliamente dependiendo de la sustancia o la combinación de fármacos, la dosis, el número de ciclos o veces que son administradas.

Alguna de las reacciones psicológicas que puede provocar la quimioterapia sería el miedo a que pudieran llegar a darse secuelas adversas, miedo que al igual que sucede con la radioterapia, suele darse con más intensidad al inicio del tratamiento, cuando el sujeto aún no ha pasado por la experiencia de recibir la quimioterapia y puede fantasear sobre los posibles efectos tóxicos de esta. No olvidemos que una gran parte de la información que en general manejan los pacientes ha podido venir de lo que ha visto o le han contado otras personas, cuyas características de la enfermedad y del tratamiento no tienen por qué coincidir con las suyas propias. Además, en muchos casos los pacientes prestan más atención a los enfermos que han tenido malas experiencias que a los que han tenido buenas, llegando incluso a pensar que a ellos les va a pasar algo similar. Otras posibles reacciones a la quimioterapia serían una baja tolerancia a la alopecia que puede ir unida a un descenso en la autoestima y a temores al rechazo de los demás, las dificultades o los miedos a no poder llevar adelante el trabajo y las actividades de la vida diaria, un empeoramiento en su imagen corporal. Con frecuencia, los efectos secundarios pueden aparecer o continuar una

vez que los pacientes están en su casa tras recibir el tratamiento en el hospital, lo que puede llevar al sujeto a sentirse indefenso. Además, cuando se emplean protocolos de quimioterapia intensos, es posible que el paciente vea cómo su funcionamiento físico ha ido empeorando conforme se hayan ido acumulando las sesiones de quimioterapia (ej.: presentando más fatiga), pudiendo llegar a temer que no se vaya a producir una recuperación en cuanto a su nivel de funcionamiento. (Toledo, Barreto, Pascual & Ferrero, 1993). Por todo ello, va a ser muy útil la información que podamos administrar al paciente sobre el tratamiento que va a recibir, las características y la manera de manejar estos efectos secundarios en su casa, y el ofertar la posibilidad de mantener entrevistas con los profesionales a lo largo del proceso de tratamiento, en las que se puedan aclarar estos efectos secundarios y tratar las reacciones emocionales negativas que el sujeto pueda ir presentando. Además, se pueden enseñar a los pacientes técnicas específicas para el manejo de estas situaciones como la relajación, la respiración, y el empleo de imaginación de situaciones agradables.

4.7. Distrés en el período de seguimiento, incluyendo el miedo a la recaída

Una vez que los tratamientos terminan, comienza para el paciente una nueva etapa en la que también se pueden dar cambios y reacciones emocionales intensas. El sujeto inicia un **proceso de recuperación** tanto a nivel físico como psicológico, proceso que estará muy influenciado por la intensidad de los tratamientos recibidos y el grado en el que se haya controlado la enfermedad. En este período el paciente puede tener que hacer frente a algunos retos, como la vuelta a las responsabilidades del trabajo y/o del hogar, en los que la persona puede encontrarse insegura sobre sus posibilidades; también, en algunos casos, a la necesidad de adaptarse a los efectos secundarios o secuelas de los tratamientos. Por otro lado, una vez que ha terminado el tratamiento puede comenzar para el paciente un **período de incertidumbre sobre el futuro**: el sujeto pasa de estar viviendo día a día las diferentes fases del tratamiento y los períodos de recuperación de estas (sesiones de radioterapia, ciclos de quimioterapia), a plantearse si el tratamiento será o no efectivo (información que sólo la podrá conocer con el paso de tiempo, y sabiendo que no va a recibir ya más tratamientos, a no ser que se produzca una recaída). Además, en el cambio del período de tratamiento al de seguimiento, se produce una reducción fundamental en la frecuencia de contactos con los profesionales, reducción que puede afectar a las reacciones emocionales de los pacientes (en algunos casos los pacientes pueden pasar de las sesiones diarias de radioterapia, a tener entrevistas de seguimiento cada dos meses). En este sentido, se reduce de manera brusca el nivel de soporte emocional dado por los profesionales, y se aumenta la necesidad de que sea el propio sujeto quien con sus propios recursos haga frente a su situación. Todos estos factores pueden llevar al sujeto a necesitar pasar por un proceso de adaptación a los cambios Holland (1990b)

Uno de los aspectos emocionales más estudiados desde la psicología es el del **miedo a la aparición de una recaída**, una vez que el paciente ha terminado las intervenciones terapéuticas. Existe un debate sobre la influencia del tiempo desde la finalización de tratamiento en el nivel de miedo a recaer que puede presentar el sujeto. Sabemos que esta influencia no es igual en todos los pacientes: en algunos casos se puede producir una disminución de este miedo y en otros pacientes se puede mantener estable. Lo que es muy frecuente es que el temor a la recaída aumente los días anteriores a la visita de revisión en el hospital. En esos momentos el paciente puede tener más presente su preocupación por la enfermedad.

El miedo a recaer puede ser útil para algunos pacientes que tienen facilidad para abandonar las prescripciones médicas: puede ayudarles a no fallar a las visitas, a aceptar las recomendaciones sobre dieta, ejercicio, toma de medicación, abstinencia en el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol...) y otras. También les puede hacer estar más alerta a la posible aparición de síntomas de recaída. Sin embargo, si el miedo a la recaída se hiciera excesivo, podría llevar a los pacientes a dar respuestas que fueran problemáticas (como dejar de acudir a las citas de seguimiento, tomar como signos de recaída reacciones corporales normales y otras) (Lee-Jones *et al.*, 1997).

Es importante ofrecer al paciente la posibilidad de contar con el apoyo de los profesionales para este período de seguimiento, en especial al inicio de este, y por otro lado, aportarle un nivel de información que le permita entender y hacer frente a las posibles situaciones que pudiera encontrar (ej.: manejo de efectos secundarios a largo plazo y otros). Por otro lado, desde la psicología podemos además favorecer la vuelta del paciente a su nivel de funcionamiento previo y la adaptación a los cambios que necesariamente deba dar en su vida.

4.8. Distrés en el cáncer avanzado

En algunos casos, generalmente cuando la enfermedad se encuentra en fases más avanzadas, los pacientes pueden tener una recaída tras un período en el que han estado libres de enfermedad. Estas recaídas suelen provocar en los sujetos y en las personas cercanas a ellos, una respuesta emocional negativa. En uno de los apartados anteriores, hemos descrito las reacciones que pueden tener las personas al recibir el diagnóstico de cáncer. En el caso de la recaída los problemas psicosociales y las reacciones emocionales de esa etapa anterior pueden volver a surgir pero esta vez con **más intensidad**, con mayores niveles de ansiedad, de depresión, y de preocupaciones sobre el futuro y sobre su entorno, y el paciente debe hacer un **esfuerzo mayor de adaptación**. Otras reacciones emocionales que suelen acompañar a la recaída son las de criticarse a sí mismos y sentirse culpables, pensando que han fallado a sus familias y a los profesionales, o también las de perder la confianza en los profesionales, llegando incluso a mostrarse críticos con el equipo médico. Estas reacciones emocionales las entendemos mejor si vemos que la enfermedad puede encontrarse más

avanzada, el paciente tener más síntomas y una condición física peor, y los tratamientos ser en algunos casos más fuertes. Además los pacientes deben iniciar el tratamiento, sabiendo que en una parte importante de los casos ese tratamiento va a ir dirigido a intentar frenar la enfermedad pero no a su curación, y que los tratamientos previos y sus esfuerzos de adaptación no han sido fructíferos. Por otro lado, en algunos casos se pasará a un tratamiento de tipo paliativo o incluso se podrá producir un ingreso en una Unidad de Cuidados Paliativos, lo que también exigirá un esfuerzo de adaptación (Lee-Jones *et al.*, 1997).

El soporte emocional que ofrecen otras personas como familiares, amigos o profesionales va a ser de gran ayuda en esta fase de la enfermedad y puede ayudar a reducir la amenaza de las consecuencias negativas de la recaída (Koopman *et al.*, 1998). Sin embargo, con frecuencia se observa ante la recaída una falta de apoyo de las personas del entorno del paciente, que viene motivado en gran parte por un desconocimiento de cómo comunicarse con el sujeto y de cómo hablar con el de la enfermedad sin aumentar su malestar. El psicólogo realiza un papel importante en esta fase de la enfermedad, ayudando tanto a la adaptación emocional de los pacientes, orientando a los profesionales, e intentando romper barreras que se puedan dar entre ellos (Arranz, Barbero, Barreto y Bayes, 2003).

5. La calidad de vida

5.1. Introducción

El término Calidad de Vida se emplea en muy diferentes áreas de nuestra sociedad: dentro de la economía o la sociología (en este sentido vemos como ejemplo los estudios sobre la Calidad de Vida de las diferentes ciudades de nuestro país) y también en relación a la salud y las enfermedades. Todo ello puede llevar a que existan distintas visiones de lo que este concepto significa (ej.: renta per cápita, acceso a servicios sanitarios, educativos u otras). Sin embargo, dentro del campo de la oncología, al hablar de Calidad de Vida nos vamos a referir a la **salud del paciente** y de cómo esta se ve afectada por la enfermedad y los tratamientos. Un aspecto que nos gustaría destacar en esta introducción es que en el campo de la oncología existe una **gran preocupación** por procurar al paciente y a su entorno una buena calidad de vida. Podemos decir que la Calidad de Vida es una de las guías que dirige la atención que en estos momentos se ofrece a los pacientes con cáncer.

5.2. La Calidad de Vida dentro de la Oncología

A la hora de realizar una aproximación más cercana al concepto de Calidad de Vida dentro de la oncología, podemos basarnos en la definición de salud que propone la

Organización Mundial de la Salud como “el bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. Dicha definición nos está hablando no sólo de los aspectos puramente biológicos de la enfermedad como los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios, sino también de otras áreas fundamentales del ser humano, como son su funcionamiento emocional y sus relaciones familiares y sociales.

Nos gustaría destacar el gran valor que tiene el que en un área como la oncología, a la hora de plantear los cuidados que se deben administrar a los pacientes o la influencia de la enfermedad y de los tratamientos se de un peso importante a las dimensiones emocionales y sociales. Nos indica que existe una preocupación importante por el bienestar de los pacientes (Fayers y Machin, 2000).

La Calidad de Vida del paciente oncológico es por lo tanto un concepto multidimensional. Existe un consenso en considerar que la Calidad de Vida en el paciente oncológico está formada por cuatro dimensiones principales: (tabla 6)

Tabla 6
Cuatro componentes principales de la calidad de vida en cáncer

Síntomas de la enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos	Dolor, fatiga, disnea, náusea, vómitos, estreñimiento y otras
Funcionamiento físico	Capacidad de desplazarse, hacer esfuerzos, de llevar adelante actividades como el trabajo, las tareas de casa, el ocio y otras.
Funcionamiento psicológico	Ansiedad y depresión, imagen corporal, preocupación por el futuro, respuesta sexual, autoestima y otras
Funcionamiento social	Interacción con su pareja, otros familiares, otras personas de la comunidad.

Inicialmente se consideraba que eran los profesionales sanitarios los que debían valorar la Calidad de Vida del paciente oncológico, y determinar en qué grado estaba siendo afectada por la enfermedad y los tratamientos. Ello formaba parte de un estilo de relación profesionales-paciente que podríamos denominar como más distante. Sin embargo, hoy en día, hay un acuerdo en que debe ser el **propio paciente** quien valore como es su Calidad de Vida, y que por otro lado, se debe favorecer el que el sujeto **pueda comunicar** a los profesionales sanitarios esta evaluación que hace de su situación: si hay áreas en las que encuentra dificultades (ej. dolor, realizar las tareas de casa) que le gustaría mejorar o que presentan un funcionamiento adecuado. La visión de los profesionales sanitarios o los familiares sobre la situación del paciente puede estar determinada por sus propias valoraciones de la enfermedad y de lo que es importante en la vida. Es muy frecuente que los pacientes nos comen-

ten que toleran los síntomas o los efectos secundarios de los tratamientos más de lo que en un principio habían imaginado. En algunos casos en los que los observadores realizaran una valoración diferente a la del propio paciente, se podría llegar a tomar decisiones sobre las intervenciones a realizar con el sujeto que no se ajustaran a sus deseos (ej.: dar un tratamiento menos intenso de lo que el paciente creyera poder tolerar, llevar a cabo ingresos hospitalarios cuando el sujeto preferiría estar en su casa) (Kaasa 1995; Fayers y Machin 2000).

Por otro lado, al hablar de Calidad de Vida debemos también tener en cuenta que se trata de una evaluación que el sujeto realiza de forma temporal: su visión sobre su situación puede variar a lo largo del curso de la enfermedad y del tratamiento, ya que puede darse un empeoramiento o una mejora objetiva en su situación, o porque el propio sujeto puede cambiar los valores que da a los distintas facetas de su vida: ej.: puede al principio de su enfermedad dar mucho peso a su trabajo, para pasar más adelante a dar más primacía a las relaciones familiares (Ganz 1994; Feld 1995).

5.3. La medición de la Calidad de Vida

La medición de la Calidad de Vida en los pacientes oncológicos es un área que ha tenido un gran desarrollo. Para realizar esta medición los pacientes u otras personas de su entorno valoran la situación de las diferentes áreas de su vida, a través de entrevistas o de cuestionarios que han sido desarrollados para este fin. Dicha valoración pasa a ser una parte de la información clínica que se dispone del paciente.

Actualmente la evaluación de Calidad de Vida se lleva a cabo en diferentes campos de la oncología. En algunos países incluso, como Canadá, la evaluación de Calidad de Vida es obligatoria cuando se quiere evaluar el funcionamiento de nuevos tratamientos. La **principal función** de la evaluación de la CV en cáncer es, a partir de conocer la visión que tienen los pacientes sobre su situación, **contribuir a ofrecer las mejores intervenciones posibles**. Algunas aplicaciones más específicas se recogen en la tabla 7.

Tabla 7
Aplicaciones de la evaluación de la calidad de vida

1. Valorar el funcionamiento de los pacientes en las diferentes áreas de su Calidad de Vida (psicológico, físico y social), haciendo esta evaluación desde el punto de vista del paciente.
2. Ayudar a decidir el tratamiento que va a recibir cada paciente: a través de esta evaluación podemos conocer el impacto que sobre la Calidad de Vida tienen diferentes protocolos de tratamiento (más o menos agresivos) que se le pueden aplicar a su enfermedad. Esta información puede ser administrada al paciente, lo cual le puede ayudar a decidir sobre una intervención u otras.
3. Llevar a cabo una detección temprana de los síntomas, como la aparición del dolor u otros, ya que los cuestionarios que contestan los pacientes pueden tener la sensibilidad suficiente para detectar la aparición de dichos problemas.
4. Ayudar en la práctica clínica diaria a realizar una evaluación más detallada de aquellas áreas de la persona en las que habitualmente no se entra a fondo. Los instrumentos de medida realizan generalmente una valoración de muy diferentes áreas.
5. Orientar a los distintos profesionales que trabajan en el área en la atención que pueden ofrecer a los pacientes, ya que dicha atención va a tener entre otros objetivos, los de mejorar su Calidad de Vida.
6. Ayudar a diseñar nuevas intervenciones que ayuden a mejorar la Calidad de Vida de los pacientes y de su entorno, como las Unidades de Cuidados Paliativos, los equipos de cuidados para pacientes que se encuentran en sus domicilios y otras.
7. Como una variable más a considerar en las decisiones sobre políticas de salud, cuando se planifican y se evalúan los resultados de las inversiones económicas en la salud (ej.: nuevas unidades de oncología, equipos a domicilio u otras).

Existen diferentes grupos de investigación dedicados al estudio de la Calidad de Vida del paciente oncológico. Uno de los más importantes en la actualidad es el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC). En este grupo de investigación participan profesionales de Europa, EE.UU. y Canadá. Los objetivos principales de este grupo son el desarrollo de cuestionarios para la evaluación de la Calidad de Vida que puedan ser empleados en estudios en los que participen diferentes países, y el apoyo a otros grupos de investigación que trabajan con distintos tumores y tratamientos para la evaluación de la Calidad de Vida dentro de sus estudios. (Aaronson *et al.* 1993; Sprangers *et al.*, 1996).

5.4. El cáncer de mama

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres y el que más atención ha recibido en estudios de Calidad de Vida. La Calidad de Vida de las pacientes con cáncer de mama va a depender por una parte de diferentes variables médicas, como

el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico (inicial, avanzado), el tipo y la intensidad del tratamiento administrado (radioterapia, quimioterapia, cirugía o/y hormonoterapia), el pronóstico de la enfermedad y las posibilidades de rehabilitar el área afectada. (Aaronson, 1993; Fallowfield, 1995)

Además, el **significado psicológico** de dicho tumor es muy alto ya que se sitúa en un órgano de gran importancia para la mujer. En este sentido, las variables psicológicas van a tener una gran influencia en el ajuste de la paciente al cáncer de mama. Estas variables incluyen: los cambios que se hayan producido en la vida de la persona a partir de la enfermedad y del tratamiento (familiares, sociales, laborales); los miedos (a la cirugía u otros tratamientos, a las recaídas); el momento en el ciclo vital en que aparece la enfermedad: en este sentido el impacto emocional puede ser menor en mujeres de edad superior que entienden que ya han llevado adelante una gran parte de los objetivos de su vida, frente a las más jóvenes, que pueden temer el que aspectos como la maternidad, la relación de pareja u otras se vean truncadas; la personalidad o las formas que tiene la persona de hacer frente a la enfermedad; la experiencia previa que tenga la persona con el cáncer de mama, en ella misma o en otras personas cercanas: la adaptación será más fácil si la experiencia de estas personas ha sido positiva. En este punto nos gustaría añadir que el cáncer de mama se puede dar con cierta frecuencia entre miembros de la misma familia (Toledo, Ferrero & Barreto, 1994).

Una de las áreas a la que se ha dedicado más atención en el cáncer de mama es la del impacto emocional que puede provocar **la cirugía**. Diferentes autores consideran que la cirugía puede influir en aspectos psicológicos importantes como la autoestima, la feminidad, la imagen corporal o la vida sexual. Existen diferentes modalidades de cirugía, que pueden tener un impacto diferente en la Calidad de Vida (Toledo, Barreto, Pascual & Ferrero, 1993; Toledo, Ferrero & Barreto, 1994). Algunas pacientes reciben cirugía conservadora, en la que a las pacientes se le extirpa únicamente el tumor o un cuadrante de la mama, frente a otro grupo que son tratadas con una intervención más amplia, la mastectomía, en la que se extirpa la totalidad de la mama. Los estudios que han comparado la influencia de los diferentes tipos de cirugía en pacientes que se encuentran en estadios iniciales de la enfermedad, concuerdan en destacar que un área tan importante como es la de la imagen corporal se ve más afectada en el grupo de mastectomía. Además otros estudios han encontrado más influencias en otras áreas como el funcionamiento sexual, la relación con la pareja, o la satisfacción con el tratamiento en el grupo de cirugía conservadora (Kiebert *et al.*, 1991; Schover, 1994; Curran *et al.*, 1998). Estas diferencias entre los dos tipos de cirugía pueden estar determinadas por variables psicológicas como el miedo a recaer o las características de personalidad. En este sentido un mayor temor a recaer puede favorecer que algunas pacientes se sientan más cómodas con una cirugía que extirpe una zona más amplia. Aquí nos gustaría destacar una vez más la atención que estas áreas de contenido psicológico reciben desde la oncología y que han sido estudiadas en investigaciones dirigidas a mejorar la atención que se puede ofertar a estas pacientes.

Por otro lado, siendo el cáncer de mama un tumor que tiene una repercusión importante en áreas psicológicas de las pacientes, nos gustaría insistir en el papel que la psicología puede aportar ante las reacciones emocionales que se dan ante la enfermedad y los tratamientos. Las intervenciones pueden ir dirigidas a mejorar la adaptación en áreas comunes a otros tipos de tumores y además, a aspectos más específicos como la repercusión en la autoimagen, las relaciones con otras personas, la comunicación con la pareja o el impacto en el funcionamiento sexual.

5.5. El cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón es actualmente una de las principales causas de muerte entre los sujetos varones. En general podemos decir que los pacientes con cáncer de pulmón tienen un pronóstico más limitado en comparación a otros tumores, como el cáncer de mama, y los protocolos de tratamiento que son administrados son con frecuencia agresivos. Dentro de estas líneas generales que acabamos de presentar, habrá pacientes cuya enfermedad tendrá una evolución mejor que la de otros, y los diferentes tratamientos propuestos provocarán también un nivel de toxicidad que podrá variar de unos casos a otros.

Por todo ello, va a ser muy importante atender a la Calidad de Vida de estos pacientes, y conocer su visión sobre su enfermedad y los tratamientos, para intentar ofrecerles la atención más adecuada posible. Además, el cuidado de la Calidad de Vida va a ser de especial importancia en casos en los que la enfermedad tenga una evolución negativa o cuando se esperen muy pocas diferencias en la respuesta ante la enfermedad que se pueda obtener con los distintos tratamientos que se puedan ofertar a los pacientes.

Existe un debate dentro del cáncer de pulmón en relación a qué modalidad de tratamiento se debería administrar. En este sentido: 1) los tratamientos de quimioterapia más intensos pueden provocar un nivel elevado de toxicidad (náuseas, vómitos, alopecia, cansancio...) pero pueden buscar curar la enfermedad o provocar una reducción importante en el tumor; 2) existen otros tratamientos menos agresivos que tienen una intención llamada paliativa y que van dirigidos a controlar los síntomas de la enfermedad.

Otro debate importante en relación al tratamiento del cáncer de pulmón y en general a los tumores que tienen mal pronóstico, es el de hasta qué punto de la evolución de la enfermedad se deberían seguir administrando tratamientos agresivos. Es decir, hasta qué momento conviene dar un tratamiento que puede crear una toxicidad importante en el sujeto, o es mejor pasar a intervenciones menos agresivas. Este debate se vuelve más claro en el caso de la enfermedad más avanzada, en donde es menos probable conseguir una curación. Existen diferencias culturales en este campo, al igual que sucede con otras variables relacionadas con el cáncer como el nivel de información que se ofrece a los pacientes, o el apoyo que el paciente recibe de sus

familiares. En este sentido, en nuestro entorno y en comparación a otros países del norte de Europa es más probable que se continúe con tratamientos más agresivos, al igual que se puede tender a ocultar más la información sobre una mala evolución de la enfermedad y a que los pacientes reciban un nivel superior de apoyo de sus familiares.

Esta presentación que hemos realizado del cáncer de pulmón nos puede llevar a ver que los aspectos psicológicos que van a ser importantes en este tumor, además de los comunes a otros cánceres, van a ir relacionados con las reacciones emocionales que puedan provocar los síntomas y efectos secundarios graves, como el dolor, la fatiga, las dificultades para respirar, la alopecia, náuseas y vómitos. Además, en este tumor toman importancia aspectos psicológicos que son más relevantes en las fases avanzadas de la enfermedad, como el soporte emocional o los aspectos espirituales. En este último campo, podríamos incluir el que la persona haga una valoración de lo que ha sido su vida hasta el momento, hasta qué punto ha conseguido las metas, o las preocupaciones por asuntos que le gustaría terminar (ej.: ver a su familia encauzada, los problemas con otras personas y otras). (Cabodevilla 2000 y 2001).

Referencias

- Aaronson, N.K. (1993): "Assessment of quality of life benefits from adjuvant therapies in breast cancer", *Recent Results in Cancer Research*, 127, 201-210.
- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, M. *et al.* (1993): "The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials", *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Arrarás, J.I. & Villafranca, E. (1996): "Psychological support for inpatients with cancer in Spain", *Health Psychology Update*, 24, 10-13.
- Arranz, P., Barbero, J.J., Barreto, P. y Bayes, R. (2003): *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos*. Barcelona, Ariel.
- Asuncion, N., Del Moral, A., Murillo, A., Alfaro, A., Apesteguía, L., Ros, J., Abascal, L., Aizcorbe, M., Domínguez, F., Iñigo, J.J., Trujillo, R., De Vicente, F., De Miguel, C., Gómez-Dorransoro, M.L., Larrinaga, B., Repáraz, B., Domínguez, M.A. & Illarramendi, J.J. (1994): "Early detection programme for breast cancer in Navarra, Spain", *European Journal of Cancer Prevention*, 3, 41-48.
- Cabodevilla, I. (2000): *Vivir y morir conscientemente*. Bilbao, DDB.
- (2001): *En vísperas de morir*. Bilbao, DDB.
- Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G. *et al.* (1993): "The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: development and validation of the general measure", *Journal of Clinical Oncology*, 11(3): 570-579.
- Chaturvedi, S.K., Chandra, P.S., Channabasavanna, S.M., Anantha, N., Reddy, B.K.M. & Sharma, S. (1996): "Levels of anxiety and depression in patients receiving radiotherapy in India", *Psycho-Oncology*, 5(4), 343-346.

- Curran, D., Van Dongen, J.P., Aaronson, N.K., Kiebert, G., Fentiman, I.S., Mignolet, F. *et al.* (1998): "Quality of Life of early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast conserving procedures: results of the EORTC trial 10801", *European Journal of Cancer*, 34, 307-314.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M. *et al.* (1983): "The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients", *JAMA*, 249, 751-757.
- De Vitta, V. (1997) "Principles of cancer management", en V.T. de Vita, S. Hellman, S.A. Rosenberg (eds.): *Cancer: principles & practice of oncology*. 5th edition. Philadelphia, Lippincott & Wilkin, pp. 333-348.
- Fallowfield, L.J. (1995): "Assessment of quality of life in breast cancer", *Acta Oncologica*, 34, 689-694.
- Fayers, P. & Machin, D. (2000): Introduction. *Quality of Life: assessment, analysis and interpretation*. Baffins Lane, John Wiley and Sons, pp. 1-26.
- Feld, R. (1995): "Endpoints in cancer clinical trials: is there a need for measuring Quality of Life?", *Support Care Cancer*, 3(1), 23-27.
- Ganz, P. (1994): "Quality of Life and the patient with cancer. Individual and policy implications", *Cancer*, 74(4), 1445-1452.
- Greer, S. (1994): "Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks", *Psycho-Oncology*, 3(2), 87-101.
- Hellman, S. (1997): "Principles of cancer management: radiotherapy", en V.T. de Vita, S. Hellman, S.A. Rosenberg (eds.): *Cancer: principles & practice of oncology*. 5th edition. Philadelphia, Lippincott & Wilkins Inc, pp. 307-332.
- Hickey, A.M., Bury, G., O'Boyle, C.A. *et al.* (1996): "A new short-form individual quality of life measure (SEIQOL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS", *British Medical Journal*, 313, 29-33.
- Holland, J., Rowland, J., Lebovitz, A. & Rusalem, R. (1979): "Reactions to cancer treatment: assessment of emotional response to adjuvant radiotherapy as a guide to a planned intervention", *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 347-358.
- Holland, J. (1990a): "Historical overview", en J.C. Holland & J.H. Rowland (eds.): *Handbook of Psycho-Oncology*. New York, Oxford University Press, pp. 3-12.
- (1990b): "Clinical course of cancer", en J.C. Holland & J.H. Rowland (eds.): *Handbook of Psycho-Oncology*. New York, Oxford University Press, pp. 75-100.
- (1990c): "Radiotherapy", en J.C. Holland & J.H. Rowland (eds.): *Handbook of Psycho-Oncology*. New York Oxford, Oxford University Press, pp. 134-145.
- (1992): "Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities", *Psycho-Oncology*, 1(1), 1-13.
- Jacobsen, P. & Holland, J. (1990): "Psychological reactions to cancer surgery", en J.C. Holland & J.H. Rowland (eds.): *Handbook of Psycho-Oncology*. New York, Oxford University Press, pp.117-133.
- Kaasa, S. (1995): "Using quality of life assessment methods in patients with advanced cancer: a clinical perspective", *European Journal of Cancer*, 31A (supl.6), S15-S17.
- Kiebert, G.M., De Haes, J.C.J.M. & Van de Velde, C.J.H. (1991): "The impact of breast conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients", *Journal of Clinical Oncology*, 9, 1059-1070.
- Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K. & Spiegel, D. (1998): "Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer", *Psycho-Oncology*, 7(2), 101-111.

- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R. & Hatcher, M.B. (1997): "Fear of cancer recurrence. A literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears", *Psycho-Oncology*, 6(2), 95-106.
- Massie, M.J. & Holland, J. (1990): "Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders", en J. Holland & J. Rowland (eds.) *Handbook of Psycho-Oncology*. New York, Oxford University Press, pp. 273-282.
- McGee, H.M., O'Boyle, C.A., Hickey, A. *et al.* (1991): "Assessing the quality of life of the individual: the SEIQoL with a healthy and a gastroenterology population", *Psychological Medicine*, 21, 749-759.
- Mermelstein, H.T. & Lesko, L. (1992): "Depression in patients with cancer", *Psycho-Oncology*, 1(4), 199-216.
- Meyerowitz, B.E. (1983): "Postmastectomy coping strategies and quality of life", *Health Psychology*, 2, 117-132.
- Parkin, D.M., Pisan, P. & Ferlay, J. (1993): "Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985", *International Journal of Cancer*, 54, 594-601.
- Pernet, A.L., Wardie, J., Bourne, T.H., Whitehead, M.A., Campbell, S. & Collins, W.P. (1992): "A qualitative evaluation of the experience of surgery after false positive results in screening for familial ovarian cancer", *Psycho-Oncology*, 1(4), 217-233.
- Redd, W.H. & Andrykowsky, M.A. (1982): "Behavioural intervention in cancer treatment", *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 50, 1018-1029.
- Schnoll, R.A., Mackinnon, J.R., Stolbach, L. & Lorman, C. (1995): "The relationship between emotional adjustment and two factor structures of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale", *Psycho-Oncology*, 4(4), 265-272.
- Schover, L.R. (1994): "The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships", *CA Cancer Journal Clinical*, 6, 644-650.
- Sprangers, M.A.G., Groenvold, M., Arrarás, J.I. *et al.* (1996): "The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life questionnaire module: first results from a three-country field study", *Journal of Clinical Oncology*, 14, 2756-2768.
- Toledo, M., Barreto, P., Pascual, A. & Ferrero, J. (1993): "Cáncer de mama. Repercusiones psicosociales", *Informacio Psicológica*, 51, 71-76.
- Toledo, M., Ferrero, J. & Barreto, P. (1994): "Aspectos psicológicos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama", *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 28/29, 82-90.
- Trichopoulos, D., Lipworth, L., Petridou, E. & Adami, H. (1997): "Epidemiology of cancer", en V.T. de Vita, S. Hellman, S.A. Rosenberg (eds.): *Cancer: principles & practice of oncology*, 5th edition. Philadelphia, Lippincott & Wilkins Inc, pp. 231-238.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988): "Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale", *Psychological Medicine*, 18, 203-209.

La atención a enfermos con fibromialgia.

Aspectos prácticos desde una perspectiva psicológica

Francisco Górriz Herranz * / Emilio Garrido Landívar ** /
Antonio Andueza Azcárate *** / M^a Dolores Martínez Mazo *** /
Marta Echeverría Zunzarren ****

1. Introducción

La fibromialgia es una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de dolor generalizado, difuso y cambiante, acompañado normalmente de sueño no reparador, rigidez y fatiga. Aunque no es una enfermedad degenerativa, puede llegar a ser tan incapacitante como la artritis reumatoide.

Tiene una gran trascendencia en salud pública porque afecta aproximadamente al 2% de la población general. En un estudio reciente en Cataluña se encontró que la enfermedad afectaba al 5% de la población y se estima que en España pueden padecerla unas 800.000 personas. Provoca el 2-6% de las consultas de medicina general y el 10-20% de las consultas de reumatología. Es mucho más frecuente en mujeres (73-88%) y la edad media en el momento de inicio de la enfermedad varía entre 34 y 57 años.

Aunque es una enfermedad frecuente, hasta hace una década era poco conocida por los profesionales sanitarios. De hecho, los criterios para su diagnóstico no se establecieron hasta que el Colegio Americano de Reumatología (ACR) creara una comi-

* Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Servicio Navarro de Salud.

** Catedrático del Área: Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad Pública de Navarra.

*** Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Navarro de Salud.

**** Psicóloga Máster en Terapia de Conducta. Colaboradora de la Asociación de Fibromialgia de Navarra.

sión al efecto en 1990 y no se reconoció como enfermedad, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hasta 1992.

Actualmente no existen pruebas objetivas para detectar la existencia de la fibromialgia. El diagnóstico se establece cuando existe dolor generalizado de más de tres meses de duración y en la exploración de unos puntos sensibles, que aparecen en una localización muy concreta, al menos 11 de los 18 existentes, resultan dolorosos.

Las causas de esta enfermedad son desconocidas. En la actualidad se cree que la fibromialgia es un trastorno de los mecanismos de percepción del dolor. Estos mecanismos nos protegen habitualmente contra el dolor y si no existieran seríamos conscientes constantemente de nuestros músculos y articulaciones. En la fibromialgia estos mecanismos tendrían un funcionamiento anormal, de forma que se produce un aumento de la sensibilidad al dolor. Cuando esto ocurre basta una pequeña sobrecarga de una articulación o de una parte del cuerpo para notar sensaciones dolorosas.

La fibromialgia no tiene un tratamiento eficaz. Aunque la investigación sobre el tema hace años que viene siendo intensa, la evidencia científica sólo apoya resultados modestos para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Las intervenciones multidisciplinarias, que asocian varias modalidades terapéuticas adaptadas a las características de cada paciente, intentan mejorar la eficacia del tratamiento. En general se recomienda combinar la farmacoterapia, la intervención psicológica y el ejercicio físico.

2. Perspectiva ante el enfermo

Implicaciones del desconocimiento de la etiología

El desconocimiento de la causa de la fibromialgia y la ausencia de indicadores físicos de la enfermedad evidentes han incentivado la búsqueda de posibles anomalías psicológicas, en un intento de encontrar un origen no orgánico a la enfermedad. Sin embargo esta posibilidad actualmente se considera descartada. La existencia de un perfil psicológico o de personalidad específico de la fibromialgia no se ha podido probar y los trastornos emocionales, que con frecuencia se asocian a la fibromialgia (ansiedad y depresión), son más una consecuencia de esta enfermedad crónica que su causa.

De todas formas, el desconocimiento de la causa de la fibromialgia sigue provocando discusiones interminables y polémicas al intentar conseguir clasificar la enfermedad o decidir cómo debe orientarse en general su tratamiento. Incluso la misma existencia de la fibromialgia sigue poniéndose en duda, como lo ejemplifica el hecho de que, en el contexto de jornadas y congresos, se haya llegado a establecer la distinción entre profesionales que son o no “creyentes”.

Esta situación de confusión se constata no sólo en el ámbito científico, sino también en las actitudes de los profesionales hacia los enfermos, que provocan, cuando menos, un retraso en el diagnóstico.

Una salida a esta situación la ofrece la conceptualización de la fibromialgia como un problema más de dolor crónico.

3. Fibromialgia y dolor crónico

El dolor es una experiencia perceptiva subjetiva resultado de la interacción compleja de múltiples factores.

Siguiendo la formulación propuesta por Melzac y Casey en 1968 existen tres dimensiones implicadas en la experiencia de dolor:

- a. Dimensión sensorial-discriminativa: analizaría la cantidad y cualidad sensorial. Sería la parte más periférica de la experiencia perceptiva.
- b. Dimensión motivacional-afectiva: supone una integración superior de esa información y hace referencia a la caracterización de éste como desagradable y aversivo. La percepción del dolor se modula a este nivel, mediante la influencia de factores emocionales como la ansiedad y depresión.
- c. Dimensión cognitivo-evaluativa: recoge el aspecto superior de integración de la experiencia de dolor. A este nivel intervienen variables cognitivas como la atención, sugestión, tipos de pensamientos, creencias, experiencias previas, valores culturales, etc., que además de afectar directamente a la percepción del dolor, modulan también, la actividad de los dos subsistemas anteriores.

La experiencia de dolor es la resultante de la interacción de estas tres dimensiones, variando el peso de cada una de ellas para cada caso concreto y situación específica.

En los problemas que cursan con dolor crónico, el peso de las dimensiones motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa llega a ser sorprendente. Si el dolor tiene una intensidad y duración suficientes estas dimensiones pueden ser capaces de perpetuar el dolor, pese a que la lesión o enfermedad que lo originó se haya resuelto.

Esta visión tridimensional del dolor puede dar respuesta a los problemas de clasificación y de elección del tratamiento en la fibromialgia.

Según esta visión debe abandonarse el intento de conseguir conclusiones generales y centrarse en cada enfermo en particular en un momento y circunstancias concretos.

4. La importancia del diagnóstico

Cuando el paciente comienza a consultar por sus dolencias, el médico no encuentra nada que las justifique y con frecuencia pasan años hasta que es diagnosticado. Ante la falta de explicación para sus síntomas y la severidad de éstos, es frecuente que el paciente tenga miedo a padecer una enfermedad grave o comience a culpabilizarse ante sus dificultades. A esta situación personal se le añaden otras dificultades al no

poder justificar sus síntomas ante los demás. Las personas que rodean al paciente tras un periodo de expectación pueden comenzar a pensar que el paciente exagera sus síntomas o los utiliza como excusa para evitar responsabilidades, complicándose así su situación laboral o familiar.

Al ser diagnosticado, el paciente tiene que enfrentarse al hecho de que su problema va a ser crónico y no tiene solución. Ante esta nueva expectativa se podría pensar que los pacientes pueden empeorar tras recibir el diagnóstico, sin embargo se ha constatado que esto no es así. De hecho, la situación previa de los pacientes puede llegar a ser tan negativa que frecuentemente experimentan una mejoría en la afectación emocional tras el diagnóstico, al poder justificar sus síntomas y conocer que no padecen una enfermedad grave.

4.1. Consideraciones sobre la evaluación:

La necesidad de evaluar aspectos psicológicos

Aunque la enfermedad no es secundaria a un trastorno psíquico, sí que puede ser agravada por variables psicológicas como ansiedad, depresión, estrés, sentimientos de incertidumbre y de falta de control, disminución de la actividad general y del ejercicio físico, aislamiento, cambios en la higiene del sueño, etc. Además, la propia enfermedad repercute a nivel psicológico. De esta forma se cierra un círculo vicioso entre la fibromialgia y la afectación psicológica que a su vez repercute en la enfermedad.

Estos aspectos psicológicos deben ser tenidos en cuenta para intervenir sobre ellos. La intervención tiene efectos beneficiosos en sí misma y además evita que estos aspectos interfieran en la eficacia del resto del tratamiento médico.

4.2. Contenidos de la evaluación psicológica

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, la evaluación psicológica en la fibromialgia no difiere sustancialmente de la de otros problemas de dolor crónico.

La evaluación abarca los siguientes contenidos:

- Características del dolor, historia del problema y tratamientos previos.
- Aspectos conductuales: conductas de dolor, incapacidad funcional, interferencia en el nivel de actividad, estilo de vida, estrategias de afrontamiento del dolor, etc.
- Aspectos cognitivos: actitudes y creencias sobre el dolor, percepción de autoeficacia, pensamientos ante el dolor, etc.
- Aspectos emocionales: ansiedad, depresión, miedo, ira, etc.
- Aspectos psicosociales: apoyo social, recursos sociales, etc.

La información obtenida debe permitir descartar la existencia de psicopatología relevante y establecer las relaciones funcionales que permitan diseñar la intervención más adecuada.

Para establecerse las relaciones funcionales debe investigarse las relaciones existentes entre cualquier tipo de suceso, déficit o exceso comportamental y cambios en el dolor, tanto en el presente como a lo largo de la historia del problema.

No se ha que perder de vista el marco multidisciplinar en el que ha de integrarse la evaluación, tanto para tener en cuenta la información del resto de profesionales del ámbito médico, como para que el análisis conductual obtenido complemente el examen médico.

4.3. Importancia de la evaluación psicológica para la orientación del tratamiento general

Tras el proceso de evaluación pueden darse alguna de las siguientes situaciones con importantes implicaciones para la orientación del tratamiento general:

1. Puede iniciarse el tratamiento específico de la fibromialgia. En este caso en la evaluación se habrá delimitado el peso de los diferentes factores físicos y psicológicos que influyen en el curso de la enfermedad, de manera que pueda diseñarse un plan de tratamiento multidisciplinar.
2. Es necesario tratar antes un trastorno depresivo. Se estima que el 40% de los pacientes con fibromialgia han padecido depresión en algún momento de su vida y que el 20% puede presentarla en el momento de ser atendidos. Tras la evaluación es muy frecuente que el paciente reúna criterios para el diagnóstico de un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o de un episodio depresivo leve. En estos casos la sintomatología depresiva no suele interferir en la aplicación del tratamiento específico de la fibromialgia y al efectuar el tratamiento, los síntomas depresivos suelen mejorar. Si el paciente cumple criterios de episodio depresivo moderado o grave, la sintomatología depresiva ha de ser tratada de manera preferente. Cuando el cuadro afectivo mejore, también mejorarán los síntomas de la fibromialgia y el paciente podrá beneficiarse en mayor medida del tratamiento de la enfermedad.
3. El tratamiento específico de la fibromialgia no procede. Otra de las implicaciones que se derivan del diagnóstico diferencial entre fibromialgia y otros trastornos psiquiátricos es la posibilidad de que el paciente presente un trastorno somatomorfo. En particular el trastorno de somatización y el trastorno de dolor persistente somatomorfo pueden confundirse con la fibromialgia. En estos casos la evaluación psicológica revela cómo el inicio, curso y exacerbación de los síntomas del paciente están determinados fundamentalmente por aspectos psicológicos y el tratamiento debe dirigirse de forma específica al abordaje del trastorno psiquiátrico.
4. Resulta aconsejable aplazar al menos parte del tratamiento específico de la fibromialgia. Esta situación se da cuando el paciente está implicado en trámites o reclamaciones sobre la incapacidad laboral. En estas circunstancias está am-

pliamente constatado que la eficacia de cualquier tipo de intervención se ve disminuida. Los mecanismos por los que ocurre esta interferencia suelen ser los de los efectos no conscientes de otras ganancias secundarias como, por ejemplo, la atención de los demás o la liberación de responsabilidades. Cuando se da esta situación conviene aplazar el tratamiento en la medida que ética-mente sea posible, teniendo en cuenta que de lo contrario se corre el riesgo de “quemar” alternativas terapéuticas que en otras circunstancias pudieran resultar útiles.

5. Resulta aconsejable aplazar el abordaje psicológico. En ocasiones el paciente con fibromialgia puede seguir en estudio médico ante la sospecha de otros cuadros que pudieran justificar al menos en parte su sintomatología. Aunque algunas estrategias farmacológicas o de rehabilitación puedan iniciarse, el abordaje psicológico debe posponerse. De lo contrario, las expectativas de encontrar una posible solución médica interferirán en la implicación del paciente.

4.4. Instrumentos específicos de evaluación

Los instrumentos para cubrir los objetivos de la evaluación cognitivo-conductual son los habituales en el dolor crónico, principalmente, la entrevista, auto-observación y auto-registro, cuestionarios y registros psicofisiológicos.

A continuación se describen los dos instrumentos de evaluación específicos para la fibromialgia que son más utilizados.

4.4.1. *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)*

A diferencia de otros cuestionarios existentes que fueron diseñados para su aplicación en múltiples trastornos reumáticos, el FIQ fue creado por Burckardt y colaboradores en 1991, exclusivamente para la fibromialgia. Recientemente ha sido adaptado y validado en población española (De Gracia *et al.*, 2001).

El FIQ está formado por 10 ítems que evalúan el estado de salud y la afectación funcional. El primer ítem mide el funcionamiento físico y está compuesto por diez subítems que valoran el grado de capacidad para realizar diferentes actividades de la vida diaria. Los dos ítems siguientes hacen referencia al número de ausencias laborales y número de días que se sintieron bien durante la semana anterior. Los 7 ítems restantes miden el nivel de interferencia de la enfermedad en el trabajo, el dolor, la fatiga, el cansancio al despertar, la rigidez, la ansiedad y la depresión. Todos ellos se valoran con una escala analógico visual que posteriormente se puntúa de 0 a 10. En la adaptación De Gracia *et al.*, se valoran con una escala de Likert de 0 a 10.

Las principales ventajas del FIQ son su especificidad, brevedad, facilidad de corrección y adecuadas propiedades psicométricas. Además, su amplia difusión posibilita la comparación de los resultados de los estudios experimentales con los de la práctica clínica.

Una de las limitaciones del cuestionario es que es específico para población femenina, ya que el ítem que evalúa funcionamiento físico se diseñó mediante actividades de la vida diaria que se consideraron características de esta población. No obstante, el resto de ítems no tienen este sesgo, por lo que el FIQ puede ser aplicado indistintamente, siempre que no se analicen las puntuaciones globales y se tenga esa excepción en cuenta al analizar los ítems por separado.

4.4.2. *Tender point index (TPI)*

Con el TPI se cuantifica la reactividad a la palpación de los puntos dolorosos a la presión.

Para su valoración se requiere la exploración médica de un profesional ya familiarizado con el procedimiento. Para ello se ejerce una presión de alrededor de 4 Kg. en una superficie aproximada de 1cm², en los 18 puntos utilizados para el diagnóstico de fibromialgia. La forma en que suele ser cuantificado cada punto es 1 si el paciente no refiere dolor, 2 si lo refiere y 3 si muestra dolor retirándose bruscamente. El TPI se obtiene finalmente sumando todas las puntuaciones.

La exploración de estos puntos dolorosos es el único indicador que puede objetivarse en la exploración médica. Es considerado un buen indicador de la severidad de la enfermedad porque correlaciona con el resto de los síntomas (dolor generalizado, fatiga, sueño no reparador, etc.), a los que solo puede accederse mediante los informes subjetivos de los pacientes.

Entre las ventajas del TPI habría que destacar el hecho de ser un indicador bastante objetivo. Por otro lado, está relativamente libre del sesgo que la subjetividad del paciente puede ejercer, ya que los pacientes desconocen que tienen estos puntos sensibles (el dolor percibido no suele relacionarse con ellos) y su reacción es lo suficientemente inmediata (cuando el paciente se retira lo hace de manera refleja debido a la intensidad y agudeza del dolor) como para que el sesgo subjetivo sea mínimo.

Entre los inconvenientes del TPI estarían la necesidad de contar con un médico familiarizado con este procedimiento de evaluación y la posibilidad de que no sea un indicador de severidad tan bueno como se pensaba, ya que hay investigaciones que informan que la correlación con el resto de síntomas no resulta significativa.

5. El efecto del clima

Uno de los aspectos ligados a la evaluación que no suele ser tenido en cuenta es el efecto que el clima ejerce en el curso de la enfermedad.

En general los pacientes con fibromialgia suelen mejorar con el clima cálido y seco, y empeoran con el clima frío y húmedo. De esta forma tienden a presentar cierto patrón estacional con empeoramiento en el otoño e invierno y mejoría en primavera y verano.

Este efecto no es específico de la fibromialgia pero debe ser destacado porque, como se señaló, la eficacia del tratamiento es modesta y las mejorías observadas pueden confundirse con el simple efecto del clima. De hecho, los efectos del clima llegan a alcanzar significación estadística si se comparan mediciones realizadas en invierno con las realizadas en verano. Además el efecto del clima no afecta solo a variables relacionadas directamente con el dolor y la incapacidad, sino que también afecta al resto de variables que suelen evaluarse, como son las variables relacionadas con el estado emocional, los aspectos cognitivos o las estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, durante el verano se ha constatado que mejoran los niveles de depresión, aumenta la percepción de control interno del dolor y disminuyen las estrategias de evitación para afrontar el dolor (las estrategias de evitación suelen dificultar la adaptación al dolor).

En los estudios experimentales este problema se resuelve con grupos de control que no reciben tratamiento. En la evaluación clínica puede resolverse programando, tras el tratamiento, un periodo de seguimiento que incluya la época del año menos favorable.

6. Consideraciones sobre el tratamiento

Teniendo en cuenta que la experiencia de dolor depende de la interacción de factores físicos y psicológicos, el tratamiento del dolor crónico es más eficaz si se combinan las diferentes modalidades terapéuticas que abarquen todos los aspectos involucrados en cada problema concreto.

En el caso de la fibromialgia se recomienda combinar la farmacoterapia, el ejercicio físico y la intervención psicológica.

6.1. Farmacoterapia

6.1.1. *Fármacos utilizados*

En la fibromialgia los objetivos del tratamiento farmacológico se dirigen principalmente a aliviar el dolor y mejorar el sueño.

En general están indicados los fármacos que aumentan los niveles corporales de serotonina, modulando el sueño y el dolor, como la amitriptilina, la ciclobenzaprina y otros similares. Estos fármacos se utilizan a dosis bajas y tardan cierto tiempo en producir mejoría. Alguno de ellos son antidepresivos pero no se prescriben general-

mente por su acción antidepresiva sino por su poder analgésico y por sus efectos beneficiosos en las alteraciones del sueño. Los analgésicos simples como el paracetamol pueden ser útiles como ayuda puntual pero no deben ser el único tratamiento. Dentro de la familia de los analgésicos, el tramadol parece tener algunas ventajas al combinar una acción analgésica pura como agonista opiáceo con la inhibición de la recaptación de monoaminas. Los antiinflamatorios no esteroideos no producen mejoría sustancial a largo plazo y deben evitarse debido a sus riesgos sobre el aparato digestivo.

6.1.2. *Observaciones sobre su utilización por parte de los pacientes*

Los pacientes con fibromialgia presentan un patrón de consumo de analgésicos caracterizado por un consumo bastante regular pero a dosis bajas. Posiblemente a causa de la cronicidad del problema tienden a consumir la menor cantidad posible de medicamentos, generalmente cuando el dolor empeora. Como entonces la eficacia de los analgésicos se reduce, esta tendencia suele llevar a consumir dosis insuficientes pero con bastante frecuencia. Si este patrón se modifica, los pacientes pueden aprender a sacar mayor beneficio de la medicación, sin necesidad de aumentar la cantidad global de fármacos que consumen. Por ejemplo, durante las recaídas resulta recomendable distribuir las dosis en función del tiempo y no tanto de las variaciones del dolor y al hacer actividades que previsiblemente desencadenen dolor, conviene comenzar a tomarlos antes de empezar.

6.1.3. *Ejercicio físico*

Según múltiples estudios publicados en la literatura médica, la actividad física es uno de los procedimientos más asequibles y que más pueden beneficiar a los pacientes con fibromialgia. El ejercicio aumenta los niveles de endorfinas, sustancias que produce el propio organismo con propiedades analgésicas muy potentes. Estas sustancias son las responsables de que, por ejemplo, algunos participantes puedan finalizar un acontecimiento deportivo pese haber sufrido alguna lesión. El ejercicio físico puede mejorar la capacidad de tolerancia al dolor y facilitar el sueño reparador, así como proporcionar beneficios adicionales como mejorar el humor, aumentar la relajación, ayudar a mantener el peso, prevenir la osteoporosis, etc. Sin embargo se ha comprobado que el 80% de pacientes con fibromialgia no están físicamente en forma. Este hecho parece relacionarse con que la mayoría de los pacientes con fibromialgia suelen experimentar un empeoramiento del dolor después del ejercicio y en consecuencia tienden a ir abandonándolo, lo que conduce a una pérdida de forma física. De forma simultánea, los músculos no ejercitados están sujetos al mal muscular postejercicio, que comprende dolor muscular, rigidez y pérdida de fuerza de 24 a 48

horas después del ejercicio. Todo esto podría justificar la idea de que el ejercicio resulta inadecuado y su progresivo abandono.

Las claves para recuperar la forma física están en implicarse en un programa simple, regular y suave, que pueda incrementarse gradualmente. El tipo de ejercicio que se escoja ha de ser muy accesible (por ejemplo caminar a buen paso). Ha de iniciarse a niveles bajos, en función de la tolerancia de cada persona, practicarse de forma regular (todos los días) y a ser posible en compañía para aumentar la motivación creando un compromiso. Si no se realiza ningún tipo de ejercicio y se decide, por ejemplo, caminar a buen paso (a ritmo rápido pero pudiendo mantener una conversación) habría que comenzar caminando cinco minutos el primer día. Al día siguiente habría que añadir un minuto o dos, continuando así hasta conseguir caminar durante media hora. Si algún día cuesta alcanzar el nivel de ejercicio previsto, habría que volver al nivel que resultaba confortable y continuar caminando este periodo de tiempo varios días. Después se seguiría incrementando el tiempo hasta el objetivo de treinta minutos.

Los ejercicios de estiramientos y de flexibilización también son recomendables.

7. Intervención sobre aspectos psicológicos

7.1. Intervención individual o grupal

Los pacientes con fibromialgia tienen suficientes características comunes como para que, en general, resulte recomendable una intervención grupal, ya que tiene mejor relación coste-beneficio y ofrece algunas ventajas, como el apoyo mutuo entre sus miembros o la reducción del aislamiento.

La intervención grupal requiere un programa fijo que incluya todos los contenidos y técnicas relevantes en la fibromialgia y algunos requisitos a los participantes como cierto nivel cultural o que los posibles mantenedores ambientales no sean excesivos. En el caso de que el paciente no los cumpla la intervención individual permite ajustarse a cada caso.

7.2. Contenidos de los programas grupales

Los programas de intervención psicológica en la fibromialgia, con mayor respaldo en la investigación, tienen una orientación cognitivo-conductual.

Uno de los programas más utilizados es el desarrollado por H.C. Philips. Este programa se recoge en un libro publicado en 1988 del que hay traducción española. Fue diseñado para que resultara aplicable a una amplia variedad de problemas de dolor crónico. El programa está estructurado para ser aplicado en 9 sesiones semana-

les. Los contenidos y las técnicas empleadas, siguiendo el orden de las sesiones, son los siguientes:

- 1ª semana: a) Contenido: Esquemas generales de modulación del dolor. b) Técnicas incluidas en la sesión: Respiración diafragmática.
- 2ª semana: a) Papel de la relajación en el control del dolor. b) Relajación progresiva con control de la respiración.
- 3ª semana: a) Papel del ejercicio físico en el control del dolor. b) Programas de aumento de la actividad física general y específica ligada a la localización del dolor.
- 4ª semana: a) Papel de la medicación. b) Procedimiento de reducción del consumo de fármacos.
- 5ª semana: a) Papel de las emociones, ansiedad e ira en el control del dolor. b) Técnicas de reducción de las reacciones al estrés.
- 6ª semana: a) Papel de la focalización de la atención en el dolor. b) Técnicas de focalización atencional, distracción y entrenamiento asertivo.
- 7ª semana: a) Papel de la valoración del dolor y de la depresión en el control del dolor. b) Relajación controlada por claves, revalorización cognitiva del dolor y manejo de autoinstrucciones.
- 8ª semana: a) Papel de la distribución de la actividad en el control del dolor. b) Espaciamiento de la actividad.
- 9ª semana: a) Revisión general, estrategias de control de dolor y estrategias preventivas, prevención de recaídas. b) Práctica de las técnicas más adecuadas en función de la experiencia del paciente. Énfasis en el uso de la relajación rápida.

7.3. Contenidos y estrategias específicos

7.3.1. *Actitud del paciente ante el abordaje psicológico*

Esta es una de las cuestiones que ha de abordarse en el primer momento de la evaluación.

La gran mayoría de pacientes con fibromialgia que contactan con el psicólogo no tienen una actitud favorable hacia este tipo de intervención.

Algunas de las causas son las siguientes:

- Los pacientes con fibromialgia parten de una experiencia previa de múltiples fracasos terapéuticos.
- Culturalmente enfermedad y tratamiento médico están fuertemente asociados por lo que la atención psicológica no entra dentro de las expectativas habituales de una persona enferma.
- Los pacientes no suelen disponer de información acerca de cómo una intervención psicológica les puede ayudar con su problema médico.

- Aunque el paciente disponga de información adecuada, la intervención psicológica no suele resultar atractiva ya que requiere que el paciente adopte un papel activo y no ofrece resultados inmediatos.
- El ser atendido por un psicólogo no está bien visto socialmente y resulta muy difícil de justificar ante los demás.
- Los pacientes con fibromialgia, con frecuencia, se han visto obligados a peregrinar de un especialista a otro, sin que se les encontrara nada que justificara sus síntomas, de forma que cuando el paciente es remitido al psicólogo, una interpretación habitual es la de que el médico cree que se inventa o exagera sus síntomas, o que padece un trastorno mental.

Esta actitud no favorable es la principal causa de los abandonos en las fases iniciales de la intervención y uno de los motivos de la falta de implicación posterior.

7.3.2. Estrategias para facilitar una actitud favorable

La experiencia muestra que las actitudes negativas resultan muy resistentes al cambio y que la mera información no es efectiva.

Algunas de las estrategias que pueden propiciar una actitud más favorable son las siguientes:

- En el primer contacto con el paciente disponer de tiempo suficiente (mínimo 45 minutos) para que pueda expresarse adecuadamente.
- Iniciar la entrevista analizando cómo percibe el paciente sus dificultades, animando a que describa cómo son sus síntomas y la forma en que le afectan. Esta discusión demuestra al paciente la validez que sus quejas tienen para el entrevistador.
- Para justificar la intervención psicológica hay que explicar al paciente cómo efectivamente el curso de la fibromialgia está influido por factores cuyo control puede mejorar y cómo podría prevenir o paliar las complicaciones de la enfermedad. Para ello es imprescindible utilizar la propia información del paciente y sus peculiaridades. Hay que tener en cuenta que las influencias de los factores psicológicos en la enfermedad o que sus consecuencias negativas no son iguales en todos los sujetos. Si se utilizan las típicas relaciones como la existente entre la ansiedad y el dolor, y el paciente puede criticarlas con su experiencia, entonces la intervención se desacredita.
- Plantear la intervención psicológica no como una terapia en sí misma, sino como un componente del tratamiento global de la enfermedad, que posibilitará el que saquen un mayor partido del resto de indicaciones médicas. Esta perspectiva, además de ser totalmente cierta es más fácil de asumir para el paciente.

Al iniciar la intervención, si se va a realizar con formato grupal, el testimonio de un paciente que exponga su experiencia es una de las formas más sencillas y eficaces

de fomentar una actitud positiva. Hay que tomar la precaución que el modelo ofrezca una referencia realista. Un modelo de dominio muy elevado podría transmitir la sensación de que sus logros se deben a que sus limitaciones físicas son mínimas o a que su capacidad es excepcional.

7.3.3. *La información*

En la información general sobre la enfermedad habría que destacar que si bien se trata de una enfermedad crónica, ésta es bastante común, no tiene riesgo vital ni tampoco degeneración muscular o articular, por lo que no produce deformidades ni incapacidades graves. También es importante aclarar que no tiene curación conocida, ya que aunque se dispone de tratamientos que mejoran los síntomas, éstos no resuelven totalmente la enfermedad.

Sobre las posibles causas de la enfermedad resulta útil describir las principales hipótesis existentes (mecanismos de modulación del dolor, el papel de la tensión muscular, las dificultades del sueño, etc.) ya que facilita la introducción de los contenidos de la intervención.

Con frecuencia es necesario insistir en el tema de que la fibromialgia no es una enfermedad degenerativa ya que la experiencia de los pacientes es que su estado general empeora progresivamente. Aludir a que el deterioro que perciben es exclusivamente funcional debido simplemente al abandono de la actividad física puede ser un error, pues la vivencia de los pacientes es que, si lo abandonan, lo hacen por culpa de la enfermedad. También es un hecho que las personas sanas que nunca han realizado ejercicio físico no tienen complicaciones a medio plazo equiparables con las presentadas por los pacientes con fibromialgia. Para abordar este tema adecuadamente es necesario analizar también el papel de otras variables como la existencia de otros problemas físicos, la adecuación del tratamiento farmacológico o el hecho de que la fibromialgia puede tener una mayor severidad aunque no se pueda objetivar mediante pruebas médicas.

7.3.4. *El estrés cotidiano*

En las investigaciones sobre el tema, se ha evidenciado que las personas con fibromialgia presentan mayores dificultades que otros pacientes con dolor crónico para adaptarse al estrés cotidiano. Por estrés cotidiano se entiende el que se produce por las discusiones, pequeñas frustraciones, falta de tiempo, decepciones, sucesos imprevistos, críticas, desengaños, en definitiva por los ajetreos diarios. Además, también se ha observado que con frecuencia el inicio de la enfermedad coincide con algún suceso estresante importante como separaciones matrimoniales, problemas graves con hijos, etc.

Estas dificultades en la adaptación ante el estrés es el componente psíquico más relevante y diferencial de la fibromialgia. El fracaso para manejar el estrés cotidiano puede suponer vivir en un estado de activación permanente que altera el equilibrio psicofisiológico del sujeto. Esto se traduce en un incremento de la tensión muscular, fatiga, irritabilidad, sentimientos de desmoralización, dificultades de sueño, etc., que van a empeorar los síntomas de la fibromialgia.

Por esta razón es necesario realizar una evaluación específica de las fuentes de estrés, de su afrontamiento y de sus efectos, y la prevención y manejo del estrés resulta una parte esencial de la intervención psicológica.

El estrés cotidiano puede abordarse a diferente niveles:

1. Disminuir demandas a las que se ve sometido el paciente cuando pueda existir un exceso de compromisos o actividades. Para ello resulta necesario una nueva forma de priorizar los objetivos teniendo en cuenta las limitaciones y necesidades especiales de autocuidado.
2. Aumentar los recursos del paciente, por ejemplo mediante el aprendizaje de técnicas de resolución de problemas, solución de conflictos interpersonales, asertividad (es decir, aprender a decir que no sin sentirse culpable, expresar deseos o hacer peticiones directamente), delegación de tareas, etc.
3. Modificar la interpretación de las contrariedades cotidianas. La interpretación de los sucesos potencialmente estresantes puede modificarse mediante técnicas de reestructuración cognitiva que permitan evaluar de forma objetiva y realista la situación.
4. Contrarrestar los efectos que el estrés produce a nivel físico, principalmente regulando la tensión muscular mediante técnicas de relajación.

7.3.5. *La tensión muscular*

Existen algunas evidencias científicas que indican que las personas con fibromialgia distinguen mal sus niveles de contracción muscular y mantienen unos niveles de tensión excesivos, con mayor frecuencia que en otros problemas de dolor crónico. En base a estos datos y al papel que la tensión muscular juega en el dolor crónico en general, es necesario introducir algún procedimiento para su regulación.

Uno de los procedimientos que suele recomendarse con frecuencia es el entrenamiento en biofeedback electromiográfico. Sin embargo, la evidencia científica sobre el tema es escasa y cuestionable, ya que no parece tener los efectos específicos que se le atribúan.

En general, el procedimiento más recomendable es la relajación.

La más utilizada en el dolor crónico es la relajación progresiva de Jacobson, ya que propicia que el sujeto sea consciente de sus respuestas musculares y que contrarreste el exceso de tensión muscular. Sin embargo, en la fibromialgia es necesario utilizarla con precaución, ya que la fase de contracción muscular provoca molestias

con mucha frecuencia. Este inconveniente puede resolverse haciendo esta fase tan breve y suave como sea posible u omitiéndola directamente. En este caso resulta necesario la utilización de sugerencias (calor o pesadez) en la línea del entrenamiento autógeno de Schultz.

Existe otro inconveniente con este método. Al basarse en las sensaciones corporales, aumenta la percepción de la tensión muscular tal y como pretende el procedimiento, pero también aumenta la percepción del dolor y otras sensaciones molestas de la fibromialgia. Este inconveniente puede entorpecer la relajación parcial o totalmente. Si la interferencia es pequeña, estos efectos pueden minimizarse con estrategias de focalización atencional en estímulos externos, por ejemplo en los sonidos del entorno, o con estrategias de visualización de imágenes de calma. Si no es posible una inducción de relajación suficiente puede ser necesario utilizar otros procedimientos específicos como la meditación zen con los ojos abiertos.

7.3.6. *Las dificultades del sueño*

Un gran porcentaje de pacientes con fibromialgia tiene problemas de sueño. Las dificultades más habituales son problemas para conseguir dormirse, un despertar temprano sin recuperar el sueño y cansancio al levantarse.

Las dificultades del sueño, además de suponer un problema importante para los pacientes, producen un agravamiento del resto de los síntomas de la enfermedad, empeorando el dolor y afectando al estado emocional.

Las estrategias empleadas para mejorar las dificultades del sueño suelen ser las siguientes:

- a) Medidas preventivas:
 - Hacer el que el lugar para dormir sea confortable, teniendo en cuenta la temperatura (no superior a 22°), los ruidos, colchón, etc.
 - Acostarse y levantarse a la misma hora.
 - No dormir durante el día.
 - Evitar tomar comidas copiosas o consumir estimulantes como el café antes de acostarse.
 - Hacer ejercicio físico diariamente.
- b) Pautas ante las dificultades del sueño:
 - Acostarse sólo cuando se tenga sueño.
 - Al acostarse recordar que se tienen dificultades para dormirse enseguida, pero que lo que se tiene que hacer es intentar relajarse y estar a gusto.
 - Mientras se permanece en la cama no dedicarse a pensar en todo lo que se tiene que hacer al día siguiente, en otras preocupaciones o en las molestias que se puedan sentir.
 - No leer, escuchar la radio o ver la televisión, a menos que estas actividades induzcan rápidamente el sueño. Por lo general suelen entretener y mantenerle a uno despierto.

- Si en un tiempo razonable no se concilia el sueño o comienza a haber signos de inquietud, levantarse e ir a alguna habitación donde se pueda permanecer hasta que aparezca el sueño. Durante este tiempo se puede realizar alguna actividad como escuchar música relajante o leer algo aburrido. Cuando se tenga sueño acostarse de nuevo. Repetirlo todas las veces que haga falta.
- En el caso de que levantarse de la cama sea demasiado costoso, puede intentarse permanecer en la cama realizando algún ejercicio de relajación.

7.3.7. *Nivel de actividad y fatiga*

Las personas con fibromialgia que experimentan fatiga intensa suelen intentar aliviarla mediante el descanso o la reducción de la actividad. Sin embargo, cuando esta reacción se convierte en el principal modo de afrontamiento de la fatiga, ésta no mejora sino que tiende a mantenerse o incrementarse. Esto ocurre porque la actividad reducida produce el descondicionamiento, esto es, efectos debilitadores y profundos en la mayoría de las funciones del organismo, con efectos sobre los músculos, el sistema cardiovascular y los procesos psicológicos, caracterizados estos últimos por la reducción del deseo de realizar actividad, incremento de la sensación de fatiga tras el ejercicio y por depresión. Así pues, una persona con fatiga puede tender a disminuir cada vez más su nivel de actividad, lo que producirá el descondicionamiento que a su vez empeorará la fatiga y de nuevo propiciará la intensificación de la inactividad, completándose un círculo vicioso que mantendrá y empeorará el problema.

Debido a este mecanismo, el mantenimiento e incremento gradual del nivel de actividad es una de las formas de mejorar la fatiga o de al menos evitar que ésta empeore aún más.

7.3.8. *Nivel de actividad y dolor*

Este tema y su abordaje no es específico de la fibromialgia, pero se detalla al ser una de las cuestiones que ejerce una mayor influencia en el curso de la enfermedad.

Cuando el dolor se asocia con ciertas actividades aparece una tendencia a evitarlas en lo posible. Esta disminución de la actividad acaba produciendo, al igual que ocurre con la fatiga, una menor tolerancia que empeora el dolor y que lleva a evitar aún más la actividad.

También es frecuente que las personas con fibromialgia, en los periodos en los que el dolor disminuye, aprovechen para realizar muchas tareas porque tienen trabajo atrasado, o que realicen actividades excesivamente intensas que habitualmente evitan. Esta actividad excesiva suele empeorar el dolor bien durante la realización de las actividades o bien tras un periodo de tiempo, generalmente al descansar. Este empeoramiento de los síntomas crea un círculo vicioso, generalmente porque se aca-

ba adoptando un patrón en el que se alterna la actividad excesiva con periodos de inactividad casi total. Este círculo vicioso puede verse agravado cuando el dolor aparece durante el descanso, ya que entonces el descanso necesario puede llegar a evitarse al asociarse con el empeoramiento del dolor.

En general, en las personas con fibromialgia, la disminución de la actividad suele afectar principalmente al ejercicio físico y a otras actividades “prescindibles” como relaciones sociales o actividades de ocio, mientras que el patrón alternante entre actividad excesiva e inactividad suele afectar principalmente al trabajo y a la realización de obligaciones en general.

Las estrategias empleadas en este tema son muy sencillas: aumento gradual de las actividades evitadas y evitación de los periodos de actividad excesiva.

Sin embargo, la evitación de los periodos de actividad excesiva es una medida que rara vez funcionan por si sola. De hecho normalmente los pacientes ya conocen que actuar de esta manera puede prevenir la intensificación del dolor. Para que esta estrategia sea puesta en práctica es necesario también modificar algunos aspectos cognitivos, ya que las causas que dificultan su aplicación son de esta naturaleza. Por ejemplo, si el paciente decide trabajar a un ritmo inferior o dejar una tarea sin finalizar, a medio plazo puede evitar el empeoramiento del dolor, pero a corto plazo obtiene consecuencias negativas, ya que suelen activarse ideas de inutilidad. Con frecuencia, el balance entre las consecuencias inmediatas (negativas y seguras) y las diferidas (positivas pero inciertas) es claramente desfavorable.

Para que esta medida sea llevada a la práctica el paciente debe aprender a premiarse por los pasos realizados y no por el resultado final, y lograr nuevas formas de valoración personal independientes del rendimiento.

8. Eficacia de la intervención psicológica

La eficacia de la intervención psicológica en múltiples problemas de dolor crónico está ampliamente contrastada en la evidencia científica. En el caso de la fibromialgia todavía son escasos los estudios sobre el tema. Los resultados disponibles apuntan a que los efectos específicos de la intervención psicológica son discretos, al igual que ocurre con el resto de alternativas terapéuticas estudiadas. La combinación de estrategias, en forma de intervenciones multidisciplinares, tampoco logran incrementar la eficacia global del tratamiento en la proporción con la que esto ocurre en otros problemas de dolor crónico.

En la práctica clínica también se constata que los pacientes con fibromialgia, en general, responden peor que otros problemas de dolor a todo tipo de intervenciones o su combinación. Sin embargo, en la intervención psicológica se ha observado que cuando los pacientes escogen esta alternativa por propia iniciativa, los resultados suelen ser claramente superiores que si los pacientes participan exclusivamente por recomendación médica. En estos casos se han obtenido mejoras estadísticamente signifi-

cativas, que se mantenían a los tres meses de seguimiento, en el número de días en que se sienten bien, dolor, fatiga, cansancio matutino, rigidez y ansiedad. Esta observación sugiere que las características de los pacientes que escogen por propia iniciativa la intervención psicológica juega un papel decisivo. De hecho, como los efectos de este tipo de intervención dependen del propio paciente, hay estudios que muestran cómo una buena motivación para el cambio y atribuciones internas de control (creencia de que uno mismo puede influir en el curso de su enfermedad) resultan determinantes para la obtención de buenos resultados con la terapia cognitivo-conductual.

Referencias bibliográficas

- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., Bennett, R.M. (1991): "The fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation", *The Journal of Rheumatology*, 18 (5), 728-733.
- De Gracia, M., Marco, M., Ruiz, J.L., Garabieta, F. (2001): "Evaluación de los aspectos psicológicos de la fibromialgia", *Análisis y Modificación de Conducta*, 27 (116): 959-980.
- Melzack, R., Casey, K.L. (1968): "Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model", en D. Kenshalo (ed.): *The skin senses*. Springfield, Thomas, 423-443.
- Philips, H.C. (1988): *The psychological management of chronic pain*. N. York, Springer [traducción española (1991) *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid, Pirámide].

Bibliografía recomendada

- Crespo, M., Larroy, C. (1999): *Dolor crónico*. Madrid, UNED-FUE.
- Dijkstra, A., Vlaeyen, J.W., Rijnen, H., Nielson, W. (2001): "Readiness to adopt the self-management approach to cope with chronic pain in fibromyalgic patients", *Pain*, 90 (1-2), 37-45.
- Eich, W., Hartmann, M., Muller, A., Fischer, H. (2000): "The role of psychosocial factors in fibromyalgia syndrome", *Scand Journal of Rheumatology*, Suppl., 113:30-1.
- Fibromialgia. *Manual de la Sociedad Española de Reumatología de las Enfermedades Reumáticas*. Madrid, Panamericana, 2000; 721-727.
- Fibromialgia. Reunión de Expertos. *Cátedra Extraordinaria del Dolor "Fundación Grünenthal"*. Universidad de Salamanca. Salamanca, 18 y 19 de junio de 2001.
- Guía de Actuación en Atención Primaria* (2002): SemFYC; 794-797, 2^a ed.
- Pastor, M.A., López, S., Rodríguez, J., Juan, V. (1995): "Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia", *Psicothema*, 7 (3), 627-639.
- Vallejo, M.A., Comeche, M.I. (1994): *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid, Fundación Universidad-Empresa.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I.J., Hebert, L. (1995): "The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population", *Arthritis Rheumatology*, 38:19-28.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B. et al. (1990): "The American College of Rheumatology. Criteria for the classification of fibromyalgia", *Arthritis Rheumatology*, 33, 160-172.

RESUMEN:

La fibromialgia es una enfermedad crónica que aparece en personas relativamente jóvenes y que afecta sobre todo a mujeres. Es un trastorno frecuente y aunque no es grave, produce dolor y puede resultar bastante incapacitante. Sus causas son desconocidas y no tiene un tratamiento realmente eficaz. Esta situación provoca frustración tanto a enfermos como a médicos.

Este artículo expone algunos aspectos prácticos, derivados principalmente de la experiencia clínica con una perspectiva cognitivo-conductual, que pueden ayudar a una mejor comprensión y atención de estos enfermos.

PALABRAS CLAVE:

Fibromialgia, Terapia Cognitivo-conductual.

SUMMARY:

The fibromialgia is a chronic illness that appears in relatively young persons and that affects mainly women. It is a frequent disorder and although it is not extremely serious, produces pain and can turn out to be quite disabling. Their causes are unknown and its treatment is not really efficient.

This situation causes frustration both to patients and doctors. This article shows some practical aspects, derived mainly of the clinical experience with a cognitive-behavioral perspective, that can help to a better comprehension and attention of these patients.

KEY-WORDS:

Fibromyalgia, Cognitive-behavioral therapy.

Índice de ideación suicida en l@s adolescentes navarr@s

Alex Simón Cabodevilla* / Emilio Garrido Landívar*

Objetivos de la investigación

El principal objetivo de nuestra investigación es mostrar la realidad del suicidio, desde los pensamientos más profundos del mundo del adolescente. Especificar que el deseo de la propia muerte también tiene un sentido para el adolescente; y que este sentido está inmerso en una pluralidad de factores sociales, políticos, religiosos y culturales que integran esa misma realidad en la que les toca vivir.

De este objetivo general, se especifican los siguientes: considerar al suicidio como grave epidemia de salud pública, siendo la ideación suicida factor relevante para determinar niveles clínicos patológicos significativos. Por otro lado; demostrar que la adolescencia puede considerarse como la etapa más crítica de padecer comportamientos suicidas en general, y por lo tanto de sufrir ideación suicida, mediante los resultados de la presente investigación.

1. Introducción. Estado de la cuestión

Los datos epidemiológicos más significativos, entre la multitud de fuentes estudiadas, que nos muestran la relevancia del suicidio pueden ser:

Para la OMS (2004) el suicidio es la causa de casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares. En Europa y Norteamérica, en

* Dpto. de Psicología. Universidad Pública de Navarra.

edades comprendidas entre 15-25 años, es considerada la 3ª causa de muerte en varones y 9ª en mujeres. Las estimaciones realizadas indican que en el 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. Tasas de suicidio triplicado en los últimos años.

Según Buendía (2004), puede considerarse como la segunda causa de muerte, después de los accidentes entre los sujetos de 15-24 años. En España 1.000 jóvenes (15-24 años) se suicidan anualmente. Tasas de suicidio triplicado en los últimos años. Tentativas 9-11% (15-24 años). Consumado 5,7 por cien mil habitantes, más frecuente en chicos.

Por lo tanto, el suicidio es uno de los más graves problemas de salud pública que demanda mayor atención, en el campo de la prevención, sobre todo cuando se trata de personas que pertenecen a grupos considerados de alto riesgo.

Terminología

Recogiendo la diversidad de fuentes bibliográficas, fundamentalmente el manual de Bobes y Saiz, entre otros (2004), los comportamientos relacionados con el suicidio pueden dividirse: en actos suicidas con existencia de *intención* de matarse, también recogidos por Further (2001); o actos *con independencia de la intención* o llamados por la OMS (1969), *comportamientos instrumentales* relacionados con el suicidio.

El suicidio, para Durkheim y la OMS, puede considerarse como todo caso de muerte o todo acto suicida que tiene como resultado la muerte, a diferencia de la tentativa, intento de suicidio y/o parasuicidio, donde no hay una intencionalidad clara de suicidio. Así para Durkheim sería el mismo acto que el suicidio pero detenido (antes que de resultado la muerte). Para la OMS (1969) el acto suicida cuyo resultado no es la muerte.

Ruiz Hernández (2001) define al *suicidio pasivo* o consumado indirecto como los accidentes con resultado fatal por actos temerarios y arriesgados y también como una actitud de total indiferencia hacia la vida. La intencionalidad queda frustrada, ya que no muere el sujeto por motivos ajenos a su voluntad. Concretamente, son aquellos actos donde existe intencionalidad de morir, como las tentativas de suicidio con lesiones, o los intentos finalistas o frustrados donde el sujeto no muere por motivos ajenos a su voluntad.

Por último, nuestro campo de estudio se centra en el último comportamiento suicida: la *ideación suicida*, que debe ser considerada como factor de riesgo de una tentativa suicida y del suicidio según los distintos autores estudiados. En todos ellos hay, claramente, existencia de una idea para acabar con la vida propia de uno mismo, siendo indicador de riesgo de suicidio.

Así por ejemplo, Buendía (2004) entiende por ideación suicida como: aquella parte importante del comportamiento suicida que puede ir desde pensamientos fugaces “no vale la pena vivir”, hasta intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, llegando a planes explícitos para matarse.

Para Bonner y Rich (1988) las etapas del proceso suicida parten en su inicio de una ideación suicida pasiva, pasando por etapas más activas de contemplación del propio suicidio, así como por la planeación y la preparación; por la ejecución del intento hasta llegar a su consumación. Further la define como cualquier manifestación del sujeto que exprese el pensamiento de llevar a cabo un comportamiento relacionado con el suicidio. Beck, Steer y otros (1985); el sujeto, persistentemente, piensa, planea o desea cometer suicidio.

2. Material y método

Muestra

Muestra seleccionada al azar, de chicos y chicas de 3º ESO, 4º ESO y 1º Bachiller, de una localidad de la Zona Media de la población Navarra. Edades comprendidas entre 14 y 18 años. La muestra ha sido dividida en 2 grupos de 50 alumn@s según los instrumentos de medida pasados: *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)*. *Professional Manual* de William, M. y Reynolds, Ph.D. y *The Suicide Probability Scale (SPS)* de John G. Cull, Ph. y Wayne S. Gill, Ph.D. Ver tabla 1, apartado 7.

Método

En nuestra investigación, presuponemos la ideación como factor relevante para determinar niveles clínicos patológicos significativos en una pequeña muestra de adolescentes navarros. Para la discusión de los resultados, valoraciones y conclusiones finales se estudió muchas fuentes bibliográficas de referencia universal; algunas de las más importantes están seleccionadas y recogidas en la bibliografía.

El método ha consistido fundamentalmente en la pasación de los instrumentos de medida en un instituto de enseñanza secundaria, la posterior corrección siguiendo las baremaciones de cada instrumento y la realización del análisis estadístico en términos de porcentaje.

Análisis de los Instrumentos de medida

1. *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)*. *Professional Manual* de William, M. y Reynolds, Ph.D., en sus dos formas: JR (15 ítems) chicos/as de 3º ESO y HS (30 ítems) chicos/as de 4º ESO y 1º bachiller. Mide el índice del nivel clínico psicopatológico de ideación suicida en adolescentes. Referido a una posterior evaluación sobre un posible cuadro psicopatológico significativo y riesgo de suicidio. En estudios a gran esca-

la (muestreo por grupos), la puntuación límite o el umbral de puntuación (corte) se sitúa en 30 Raw Score (RS) para el HS y 23 para el JR. Percentil equivalente a 84. La puntuación 21 (RS) en el JR se ha considerado como aproximación y por lo tanto también como probablemente significativa.

El test también permite hacer un seguimiento pormenorizado de los perfiles. Para ello establece ítems críticos, de tal manera que obtener una puntuación de 5 ó 6 en 3 ó más de los mismos en el HS, y de 2 ó más en el JR, estaría considerado como índice significativo de ideación suicida. Se interpreta que los sujetos piensan activamente en el suicidio, necesitando una valoración individual y pormenorizada de cada caso.

2. *Suicide Probability Scale (SPS)*. John G. Cull, Ph. y Wayne S. Gill, Ph.D. Para adolescentes a partir de 14 años, independientemente del sexo, edad y curso. Mide la pertenencia al grupo de individuos de los que podrían realizar un intento de suicidio. Los principales factores medidos son: *desesperanza*, en el que incluye al cuadro depresivo como factor de riesgo; *hostilidad*, entendida como comportamiento impulsivo y agresivo hacia los objetos y las personas con tendencia al aislamiento social; *ideación suicida*, considerada como factor de riesgo de una posible tentativa y por último, *baja autoestima*, como la valoración personal negativa que cada uno tiene del conjunto de conceptos respecto de sí mismo y su persona.

La prueba contiene 36 frases con distintos pensamientos, y tienen que señalar la frecuencia en cada uno de ellos (desde nunca/poco tiempo a casi todo el tiempo). Las puntuaciones totales se reflejan en el Total Weighted Score y tienen sus equivalencias en T-Score y Probability Score, en referencia con la T-Score y la clasificación recogida en la tabla 2 (ver apartado 7).

En términos generales: puntuación de 50 T, puntuación media no significativa. Puntuación correspondiente a una (60 T o >) evidencia la necesidad de considerar los casos, niveles de precaución, que demanda una evaluación clínica posterior y pormenorizada, correspondiente a un nivel clínico significativo. Puntuación (70 T o >), considerada altamente significativa por las fuertes evidencias suicidas situada en 2 desviaciones por encima de la media. Puntuación muy baja la correspondiente (40 T o <) con indicación de que probablemente, los sujetos necesitarían de un seguimiento individual porque minimizan el potencial suicida.

En la corrección hemos empleado, siendo fieles en todo momento a las instrucciones del manual, la 60 T como umbral o puntuación de corte, siendo el umbral aproximado la T >58. Dentro de los principales factores, se ha considerado la 65 T como aproximación al umbral de los mismos, siendo la T 70 la equivalencia a un índice altamente significativo.

3. Resultados (ver tablas 3 y 4 apartado 7)

Podemos realizar en primer lugar la siguiente apreciación, considerando que las dos pruebas psicométricas miden distintas variables ya especificadas.

En el SIQ, 9 sujetos en total, sobre 50, llegarían a ese nivel clínico porque su percentil se situaría entre un 84 y un 99,5 de entre estos, tienen un percentil muy alto entre 91 y 99, que indicarían un nivel muy significativo de psicopatología que conlleva un alto riesgo suicida. Concretamente en el grupo de 3º B (PC 91 y 93); en 4º B (PC 94); y 1º Bch A (PC 96 y 98).

En el SPS, 34 alumn@s de entre 50, serían significativos para considerarlos dentro de ese grupo de riesgo de padecer un intento de suicidio. 35 sujetos tienen al menos un factor significativo entre los siguientes, tanto por aproximación como por superar el punto de corte: desesperanza, ideación suicida, baja autoestima y hostilidad o agresividad.

Considerando el total de 34; 32 sujetos se integran en el potencial de suicidio grave o moderado, pero no extremo. Requieren de precauciones generales o examen clínico en una observación más avanzada, con un aumento de la cercanía del apoyo del medio. Dos sujetos minimizan el potencial suicida propio ($T \leq 40$), de tal manera que necesitarían de entrevistas clínicas para determinar el nivel de intervención más adecuado. Esa intervención necesitaría de una psicoterapia posterior y/o seguimiento. Siete sujetos se sitúan ligeramente inferior al punto T de corte 60, siendo la $T > 58$.

En una segunda apreciación, por lo tanto, obtendríamos un total de 43 sujetos de alto riesgo (sumadas ambas muestras SIQ y SPS), que necesitarían una segunda evaluación clínica y ayuda psicológica. Esos 43 sujetos equivalen al 43% del total de la muestra.

Es necesario considerar que la prueba SPS (como ya indicamos) no mide riesgo de padecer suicidio o de realizar un intento, sino la probabilidad de considerar a esos sujetos como “posibles” en la pertenencia a un grupo de padecer intentos de suicidio. Se incluyen, entre la muestra total SPS, los sujetos por aproximación (7 de los 34) que no llegarían a ese punto de corte T. También alumn@s que minimizan el potencial suicida y que es necesario, siguiendo las indicaciones del manual, considerarlos para posteriores evaluaciones, por el riesgo que implica (2 de los 34).

En la muestra total SIQ, hay 2 sujetos que se aproximan al punto de corte. Total de sujetos incluidos 11 tanto por aproximación, como por minimización del propio potencial suicida. Todos estos chicos y chicas (en total) necesitarían una segunda evaluación clínica con un análisis pormenorizado de los pensamientos suicidas y la probabilidad de padecer alguna psicopatología.

Estableciendo otra posible interpretación por eliminación, tercera apreciación, de los chic@s tanto por aproximación como por minimizar su propio potencial de riesgo, y ajustándonos literalmente a los puntos de corte entre ambas pruebas, quedarían 32 sujetos. El porcentaje sería 32%. Este porcentaje lo consideramos el más ajustado para hacer la posterior discusión de resultados.

Por último, podemos llegar a realizar una cuarta apreciación, diferenciando entre los porcentajes obtenidos, sobre el total de 43 sujetos de alto riesgo; en referencia a la variable sexo: masculinos 17 entre los considerados chicos de riesgo, en ambas

pruebas: 39,53%. Femeninos 26 consideradas también de riesgo, en ambas pruebas: 60,46%. Diferencia significativa a favor del sexo femenino.

Haciendo una distribución minuciosa por factores medidos en el SPS:

Total desesperanza = 8 correspondiente al 16% (4 masculinos y 4 femeninos; 50% m. y f.). Total ideación = 8 correspondiente al 16% (2 masculinos y 6 femeninos; 25% m. y 75% f.). Total baja autoestima = 6 correspondiente al 12% (2 masculinos y 4 femeninos; 33,3% m. y 66,6% f.). Total hostilidad = 13 correspondiente al 26% (3 masculinos y 10 femeninos; 23,07% m. y 76,92% f.).

Factores donde hay una diferencia muy significativa por encima del 50% a favor del sexo femenino: ideación suicida y hostilidad. Factor significativo, con una diferencia del doble de porcentaje entre sexos a favor del femenino: baja autoestima. No hay diferencias entre los sexos en el factor desesperanza. Factor más representativo la hostilidad (13 sujetos del total 35).

4. Discusión de resultados

Porcentaje aproximado a las tasas de ideación en los siguientes estudios: Ruiz Hernández, J.A. (2001) y Buendía (2004): adolescentes 14-18 años (986). Institutos de Murcia: 488 son hombres y 496 mujeres. El 29,47% de los adolescentes tienen ideación suicida: casi 1 de cada 3 adolescentes valora la posibilidad de quitarse la vida como una forma de afrontar sus problemas o sus situaciones personales, aunque sólo el 5,49% del total presenta un deseo moderado-alto de suicidarse.

Villardón Gallego, L. (1993): el 44% de los adolescentes entrevistados referían haber pensado en la ideación suicida en algún momento de su vida, aunque el 10% era ideación seria.

Groholt, B. y otros (1998) Noruega: datos comparativos entre 14 chicos, menores de 15 años, con intentos previos; con 115 adolescentes entre 15 y 19 años y un grupo control de 889. Resultados: adolescentes <15 años, el 7% sufren ideación suicida. En otro grupo de adolescentes con edades comprendidas entre 15<20, padecen ideación suicida el 39%.

Evans, W. y otros (1996): 1196 estudiantes de Nevada (medio rural). Encuestas para evaluar los factores de riesgo y protectores. El 37% había pensado en acabar sus vidas 30 días antes.

5. Conclusiones

En referencia con el primer instrumento de medida: SIQ: 9 sujetos en total, sobre 50, llegarían a ese nivel clínico porque su percentil se situaría entre 84 y 99,5, entre estos, tienen un percentil muy alto, situado en el intervalo 91-99, que indicarían un nivel muy significativo de psicopatología que conlleva alto riesgo suicida. Dos sujetos se incluyen por aproximación al punto de corte.

En referencia con el segundo instrumento: SPS. El factor más representativo es la hostilidad, siendo en 13 sujetos el factor más significativo de un total de 50. Correspondiente al 26%, 3 masculinos y 10 femeninos.

Treinta y cuatro sujetos de entre 50, serían significativos, para considerarlos dentro de ese grupo de riesgo. Tienen al menos un nivel significativo, entre los 4 factores antes enumerados, tanto por aproximación, como por superar el punto de corte.

Treinta y dos de ellos, se integran en el potencial de suicidio grave o moderado pero no extremo. Requieren de precauciones generales o examen clínico posterior y pormenorizado. Dos de ellos minimizan el potencial suicida propio y 7 se sitúan ligeramente inferior al punto de corte (9 de 34). Por eliminación, el número más aproximado para considerarlos de riesgo significativo sería 25.

Por lo tanto, haciendo una apreciación globalizada, obtendríamos 43 sujetos de alto riesgo (sumadas ambas muestras SIQ y SPS), que necesitarían una segunda evaluación clínica y ayuda psicológica. Estableciendo una interpretación por eliminación, incluidas ambas muestras, de los chicos y chicas tanto por aproximación como por minimizar su propio potencial de riesgo, y ajustándonos literalmente a los puntos de corte, quedarían 32 sujetos.

El porcentaje sería 32% de adolescentes que necesitarían una evaluación posterior por padecer índices significativos de ideación suicida.

6. Conclusiones generales

1. Lo que hemos pretendido es demostrar la importancia de la ideación suicida como factor significativo de predicción de comportamientos suicidas, en una muestra de adolescentes navarr@s. Por lo tanto:
2. Considerar a la adolescencia como una de las etapas más críticas de padecer comportamientos suicidas en general y de sufrir ideación suicida. Esta conclusión queda fundamentada en los resultados obtenidos en nuestro estudio. De esta manera:
3. Mostrar el índice significativo del 32% de adolescentes de nuestra Comunidad Foral de Navarra, que necesitarían posteriores evaluaciones clínicas por sufrir altos índices de ideación suicida.
4. Entre los factores estudiados asociados al comportamiento suicida, según la fiabilidad y validez del instrumento de medida SPS, es la *hostilidad* el más significativo, entendida como comportamiento impulsivo y agresivo hacia los objetos y las personas, con tendencia al aislamiento social. Así lo reflejan los datos de nuestro estudio, siendo en 13 adolescentes el factor más significativo de un total de 50. Correspondiente al 26%, 3 masculinos y 10 femeninos.
5. Por último; mostrar el factor donde hay una diferencia significativa por encima del 50% a favor del sexo femenino: nuestra variable de estudio, la ideación suicida.

7. Previsiones de futuro

Lo que pretendemos es reflejar, en una muestra de 1.000 adolescentes de nuestra Comunidad Foral, la correlación entre las siguientes variables: ideación suicida, perfil personal (en estudio con rasgos personales como egocentrismo, introversión) y depresión clínica.

Los instrumentos de medida van a ser: *Inventario clínico para adolescentes* de Millon (MACI), *Cuestionario de Depresión* de Beck, y el manual ya experimentado en este primer estudio: *Suicidal Ideation Questionnaire* (SIQ) de William, M. y Reynolds.

Por lo tanto queremos encontrar por aproximación, el índice de ideación suicida significativo en nuestra comunidad Foral de Navarra, y cuál/es podrían ser las variables asociadas más significativas.

8. Tablas

Tabla 1
Muestra

SIQ		SPS	
18	3º B ESO (JR)	16	3º A ESO
17	4º B ESO	16	4º C ESO
15	1º Bachiller A	18	1º Bachiller D
50	Total	50	Total

Tabla 2
Análisis instrumento SPS

<i>Probability Score</i>	<i>Grado de riesgo</i>	<i>Nivel de intervención</i>
75-100	Severo	Precaución de suicidio extremo. Hospitalización inmediata y apoyo con una persona que no puede dejarla sola/o. Medicación psicotrópica
54-74	Moderado	Potencial de suicidio grave pero no extremo. Requiere de precauciones generales u hospitalización para una observación más avanzada del paciente; o sin ingresar, pero con un aumento de la cercanía del apoyo del medio.
25-49	Medio	Algo de potencial suicida aunque puede generalizarse como depresión sin una ideación propiamente suicida. Entrevistas clínicas para determinar el nivel de intervención más adecuado. Esa intervención necesitaría de una psicoterapia. Necesario trabajar con otros individuos para identificar señales clínicas de riesgo. Medicación posible pero no probable.
0-24	Subclínico	Riesgo por debajo del seguimiento, considerado normal. Intervención de algún caso suelto si llegase el caso para ello.

Tablas 3 y 4

Resultados

Prueba pasada SIQ JR y HS [N=50]

<i>Grupo</i>	<i>Signific.</i>	<i>Total</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
3° B	4	18	3	1
4° B	3	17	2	1
1° A	2	15	1	1

Total 9 correspondiente a un 18%.

Masculinos 6 correspondiente al 66,6%.

Femeninos 3 correspondiente al 33,3%.

2 sujetos incluidos como significativos por aproximación.

		Prueba pasada SPS [N=50]						
<i>Grupo</i>	<i>Signific</i>	<i>Total</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>Desesperza</i>	<i>Ideación</i>	<i>Bja. aut.</i>	<i>Hostilid</i>
3º A	13	16	6	7	1	3	1	3
4º C	11	16	4	7	4	2	3	5
1º D	10	18	1	9	3	3	2	5

Total significativos = 34 correspondiente al 68%.
 Total masculinos = 11 correspondiente al 22%.
 Total femeninos = 23 correspondiente al 46%.
 Total desesperanza = 8 correspondiente al 16%.
 Total ideación = 8 correspondiente al 16%.
 Total baja autoestima = 6 correspondiente al 12%.
 Total hostilidad = 13 correspondiente al 26%.

Bibliografía

- Bobes, J.; Saiz, P.A. (04): *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona, Ars Médica.
- Bonner, R.; Rich, A. (88): "A prospective investigation of suicidal ideation among college students", *Suicide Life Threat Behav.* (18): 245-258.
- Buendía, J.; Riquelme, A.; Ruiz, J.A. (04): *El Suicidio en Adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. Universidad de Murcia.
- Durkheim, E. (85): *El suicidio*. Torrejón de Ardoz, Akal/Universitaria.
- Evans, W. *et al.* (96): "Rural Adolescent views of Risk and Protective Factors Associated with Suicide", *Crisis intervention and time limited treatment*, vol. 3, nº 1, pp. 1-12.
- Further, G. (01): "Comments on the nomenclature for suicide related thoughts and behavior". *Suicide Life Threat Behav.*; 31: 324-235.
- Groholt, B. *et al.* (98): "Suicide Among Children and Younger and Older Adolescents in Norway: A Comparative Study", *J.Acad.Child. Adolesc. Psychiatry*, 37:5.
- John G. Cull, Ph. y Wayne S. Gill, Ph.D (88): *Suicide Probability Scale (SPS)*. Los Angeles [California], Western Psychological Services.
- OMS (04): *Suicide huge but preventable public health problem, says WHO*. World Suicide Prevention Day-10 September. Web www.oms.com/who.int.
- OMS (69): *Prevención del suicidio*. Cuadernos de Salud Pública, nº 35. Ginebra.
- Ruiz Hernández, J.A. (01): *Factores de estrés en adolescentes. Un estudio sobre las implicaciones del estrés en la sintomatología depresiva y el comportamiento suicida en los adolescentes murcianos*. Universidad de Murcia, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
- Villardón Gallego, L. (93): *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao, Universidad de Deusto.
- William, M.; Reynolds, Ph.D. (88): *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)*. Professional manual. Los Angeles [California], Psychological Assessment Resources.

ABSTRACTO:

Ideación suicida: variable que determina niveles clínicos patológicos significativos en una pequeña muestra de adolescentes navarros (100 chicos y chicas de una localidad de la Navarra media). Muestra seleccionada al azar, de chicos y chicas de 3º de ESO, 4º ESO y 1º de Bachiller. Edades comprendidas entre 14 y 18 años.

Instrumentos de medida: *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)*. *Professional Manual* de William, M. y Reynolds; *Suicide Probability Scale (SPS)* de John G. Cull y Wayne S. Gill. Resultado: 32 adolescentes navarr@s que necesitan una evaluación posterior por padecer índices significativos de ideación suicida.

ABSTRACT:

Suicidal Ideation: variable in the determination of pathological levels in a small random simple adolescents from Navarra (100 boys and girls aged 14-18 years).

Measurement instruments: *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)*. *Professional Manual*/by William, M. and Reynolds; *Suicide Probability Scale (SPS)* by John G. Cull and Wayne S. Gill. Outcome: 32 adolescents from Navarra who need a future research because they have significant levels of suicidal ideation.