

CONFERENCIAS

Documentos recibidos el 24 de agosto del 2006

Cuestiones actuales sobre la evaluación y el tratamiento de la fobia social Vicente E.

Caballo

Universidad de Granada (España) caballo@attglobal.net

Los trastornos de ansiedad constituyen uno de los grupos de trastornos más frecuentes en la sociedad actual. Quizás uno de los más estudiados en los últimos tiempos sea la fobia social. Presentamos una visión general de la evaluación y el tratamiento de dicho trastorno, con especial referencia a la investigación transcultural que sobre fobia/ansiedad social se está realizando bajo la dirección del autor de esta presentación. Se revisarán algunos de los instrumentos más utilizados a la hora de la evaluación del problema que abordamos, especialmente los referentes medidas de autoinforme y, especialmente, haciendo hincapié en el “Cuestionario de interacción social” (CISO-A), que está siendo aplicado y validado en numerosos países de Latinoamérica, incluyendo Costa Rica. Se presentarán algunos datos obtenidos en la investigación que se está llevando a cabo actualmente. Se revisará también las estrategias cognitivo-conductuales que habitualmente se emplean en la intervención sobre el trastorno, incluyendo la exposición, la reestructuración cognitiva y, sobre todo, el entrenamiento en habilidades sociales. Se mostrarán también algunos de los elementos básicos que se proponen para la intervención sobre la ansiedad/fobia social como parte de la investigación transcultural señalada anteriormente y se invitará a los profesionales interesados en este tema a participar en la investigación que se está desarrollando hoy día en esta área con la participación de numerosos países iberoamericanos.

Síndrome de Rett: un enfoque conductual comprensivo

Gerardo Fonseca Retana

Costa Rica

Dentro de los llamados trastornos profundos del desarrollo (DSM-IV), el síndrome de Rett es uno de los menos investigados, desde el punto de intervención conductual y la literatura disponible es escasa. En esta presentación se pretende brindar una visión comprensiva de las posibles etiologías, características diagnósticas, tratamientos médicos y conductuales del mismo.

El Síndrome de Rett (SR) fue descrito en 1966 por el Dr. Andreas Rett de Austria quien basándose en reportes de estudios realizados con 35 niñas de Suecia, Portugal y Francia (Hagberg et al, 1983), describió una serie de características presentes en mayoritariamente en niñas y las que configuraban lo que actualmente se conoce como el Síndrome de Rett (SR).

Este síndrome (SR) es considerado un desorden genético del neurodesarrollo que se presenta casi exclusivamente en mujeres y que se inicia en la primera infancia y va evolucionando poco a poco hasta alcanzar su mayor expresión, allí tiende a mantenerse por el resto de la vida.

Tratamiento de las adicciones

Francisco Jiménez Martén

Costa Rica

El tema resulta muy amplio y sería muy ambicioso el intento de abarcar todos los elementos que quedan implicados en el concepto de Tratamiento de las Adicciones.



Sin embargo, se presentan los componentes principales del abordaje integral de adictos a diferentes sustancias, haciendo las recomendaciones claves y utilizando las actualizaciones disponibles más relevantes.

Los principios generales de tratamiento reconocen que los individuos con trastornos del uso de sustancias son heterogéneos en cuanto a una importante cantidad de características clínicas y funcionales. De ahí que el abordaje basado en múltiples recursos es requisito incuestionable.

El manejo de pacientes con trastornos adictivos comienza con una evaluación completa, que incluye la historia de consumo de sustancias, su uso presente y los efectos que esas sustancias han tenido en sus esferas cognitiva, psicológica, comportamental y fisiológica. Pero también debe valorarse la historia médica y psiquiátrica, el examen físico y mental, los tratamientos recibidos y sus resultados, la historia familiar y social y, finalmente, los exámenes de laboratorio que resulten necesarios para complementar y, en algunos casos, confirmar la información.

El abordaje psiquiátrico es básico y tiene objetivos claros: motivación al cambio, establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica, evaluación de la seguridad del paciente y de su condición clínica, manejo de condiciones especiales como intoxicaciones y síndromes de abstinencia, desarrollo y favorecimiento de la adherencia al plan de tratamiento, prevención de recaídas, educación médica y reducción de la morbilidad y las secuelas de los trastornos de uso de sustancias.

Pero debe entenderse que el tratamiento es multidisciplinario y se combina con componentes específicos llevados a cabo de manera colaborativa con profesionales de diversas disciplinas y muchos recursos comunitarios, incluyendo clínicas, hospitales, centros de desintoxicación y centros de tratamiento, tanto ambulatorio como bajo internamiento. Muchos pacientes obtienen beneficios de grupos de auto-ayuda, lo cual puede ser estimulado como parte del manejo integral.

Los tratamientos psicosociales y farmacológicos que se revisarán son aplicados generalmente en el contexto de programas que combinan un número determinado de modalidades de tratamiento. Los psicosociales son componentes esenciales de un programa de tratamiento integral. Existe evidencia que respalda las terapias cognitivo-conductuales, la terapia motivacional, manuales de auto-ayuda, intervenciones breves, manejo de casos y terapia de grupo, conyugal y de familia.

Los objetivos del tratamiento y las terapias escogidas para lograrlos varían entre pacientes, incluso para el mismo paciente pueden ser diferentes en momentos diferentes de su evolución. Debe entenderse que los trastornos asociados con el uso de sustancias son crónicos, por lo que normalmente se requiere de tratamientos de largo plazo, aunque la intensidad varíe con el tiempo.

El lugar de tratamiento es otro aspecto fundamental, varía dependiendo de la disponibilidad de modalidades, el grado de restricción a las sustancias de abuso, la presencia de profesionales, el ambiente en general y la filosofía del programa.

Los pacientes deben ser tratados en el sitio menos restrictivo que reúna las características para ser seguro y efectivo. Entre los más conocidos están los hospitales, los Centros de Internamiento, los programas con hospitalización parcial y los de tipo ambulatorio. La decisión de cuál es el lugar apropiado se toma con base en la capacidad del paciente de cooperar con el tratamiento y de beneficiarse del mismo.

Finalmente, en la elaboración del plan de tratamiento, el clínico debe considerar variables relativas a la condición médico-psiquiátrica, género, edad, ambiente social y familiar, factores culturales y otros. Sin duda alguna, cada sustancia posee características propias que obligan a estructurar las acciones terapéuticas de forma específica según el caso.

El estigma asociado a la enfermedad mental: situación española
Manuel Muñoz, Eloísa Pérez-Santos, María Crespo, Ana Isabel
Guillén Universidad Complutense de Madrid (España)
mmunoz@psi.ucm.es

En los últimos años se han incrementado las actitudes sociales de rechazo hacia los enfermos mentales creando barreras sociales que aumentan el riesgo de aislamiento y marginalización de este colectivo.

El presente trabajo de investigación da a conocer las representaciones sociales y prejuicios que la sociedad tiene de la problemática de las personas con enfermedad mental crónica. Asimismo, se centra las informaciones, imágenes y noticias que se ofrecen en los medios de comunicación sobre este colectivo y sus implicaciones en la estigmatización del mismo. Por otro lado, analiza las consecuencias e impacto que sobre los afectados y sus familias ejercen las actitudes sociales que la sociedad expresa ante la enfermedad mental.

El estudio pone de relieve que los estereotipos más frecuentes son: peligrosidad, responsabilidad, incompetencia e impredecibilidad.

Las personas con enfermedad mental crónica tienen numerosas experiencias de rechazo, especialmente en el ámbito laboral, los amigos y la familia extensa: el 44% informa haber tenido experiencias de discriminación en el área laboral, el 43% en las relaciones con los amigos y el 32% con los vecinos. El rechazo social es la razón que les lleva a incrementar el aislamiento y la desesperanza. Así el 24% de las personas con enfermedad mental entrevistadas afirman no salir de casa casi nunca o pocas veces; sólo el 14% de las personas con enfermedad mental crónica tiene pareja estable y un 18% afirma no tener ningún amigo. Las relaciones sociales se limitan, en ocasiones, a otras personas con su mismo problema por lo que se crea una especie de gueto que perpetua el auto-aislamiento social. El principal ámbito de discriminación para las personas con enfermedad mental es el laboral; sólo el 5% de las personas con enfermedad mental entrevistadas tienen un empleo regular.

Las familias, además, afirman que las personas con enfermedad mental sufren la falta de comprensión. Un 38% de las personas con enfermedad mental entrevistadas dicen sentirse a menudo sobreprotegidos por sus familiares. A veces las conductas de evitación hacia las personas con enfermedad mental se hacen extensibles en ocasiones a sus familiares. Esta reacción de los familiares se puede entender como el resultado de la sobrecarga y dificultades que las familias sufren en la convivencia y cuidado con su familiar con enfermedad mental. El 37% de los enfermos mentales ha tenido experiencias de discriminación dentro de su propia familia.

El 18% de la población general, el 28% de los familiares e incluso el 20% de las personas con enfermedad mental crónica entrevistadas creen que las personas con enfermedad mental suponen un riesgo si no se las hospitaliza. De forma contraria y contundente, el 99% de los profesionales creen que no.

Según la investigación se da un incorrecto tratamiento de la enfermedad mental en la prensa y los informativos de radio y televisión. Uso de términos relacionados con enfermedad mental crónica aplicados a situaciones o cosas, o un mal uso de los mismos para referirse a personas que padecen este tipo de trastornos. Los datos indican que aunque la información no suele ser imprecisa o errónea, sin embargo, mantiene un tono general negativo, especialmente en aquellas noticias que hacen referencia a personas.

A partir del análisis de los datos recogidos, se hacen algunas recomendaciones o indicaciones generales para favorecer una lucha más eficaz contra el estigma de la enfermedad mental.

Prevención de las recaídas en el trastorno bipolar

Monica Ramirez Basco

University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas (USA)

El propósito de esta presentación es repasar los métodos psicoterapéuticos para disminuir las recaídas en el trastorno bipolar. Se revisará la investigación clínica actual sobre el tratamiento del trastorno bipolar poniendo el énfasis en los tratamientos psicosociales orientados a la solución de síntomas y a la profilaxis. La terapia cognitivo conductual se ha situado como el modelo dominante en el tratamiento psicoterapéutico del trastorno bipolar y existen algunas investigaciones recientes que respaldan su eficacia. Se presentará el modelo cognitivo-conductual y se discutirán sus implicaciones para el tratamiento. Se describirán métodos para la educación paciente, para mejorar su adhesión al tratamiento, para controlar los síntomas conductuales, los síntomas cognitivos y el estilo de vida y se presentarán ejemplos clínicos para ilustrar los procedimientos.

Evaluación y tratamiento de los problemas sexuales

José Cáceres Carrasco

La vida moderna no deja de ser paradójica: a través de todos los medios a su alcance (audiovisuales y propagandísticos incluidos) plantea como un valor a conseguir el mantenimiento de una buena sexualidad, y presiona para su logro, pero no facilita-posibilita las condiciones mínimas básicas que permitan al individuo alcanzar tal objetivo.

El diagnóstico tradicional sirve para poco en la resolución de la problemática de este ámbito.

En este Taller se revisará de manera teórico-práctica (incluyendo role-playing, presentación breve de casos y videograbaciones) cómo realizar un análisis funcional apropiado que posibilite, en primer lugar, el descubrimiento de las variables conductuales (estilos de vida), fisiológicas y cognitivas (formas de pensar-fantasías) que están impidiendo el disfrute sexual, y, en segundo lugar, la estructuración de un buen programa remedial, tanto en disfunciones como el parafilias. Se revisarán las diversas estrategias de entrevistas y sus peculiaridades cuando aplicadas a este campo, los cuestionarios autoinformes y las técnicas psicofisiológicas.

De manera práctica se repasará su integración y la forma más adecuada de presentar los resultados a nuestros clientes, para potenciar su comprensión y motivación para que quieran trabajar con nosotros a fin de poner en práctica los mejores remedios (Redescubriendo fantasías, modalidades de [auto]estimulación o recurriendo a las prótesis (farmacológicas o mecánicas), si fuera necesario).

Tendencias ascendentes en la psicología clínica y de la salud en Colombia: una invitación al congreso de APICSA 2008 Andrés M. Pérez-Acosta
Universidad del Rosario (Colombia) andres.perez15@urosario.edu.co

El VI Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud se celebrará en Colombia en 2008. Continuará la serie de eventos que ha organizado la Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA) y que se han celebrado en España (1999), Brasil (2001), Venezuela (2002), México (2004) y Costa Rica (2006). Esta ponencia tiene como objetivo central hacer una invitación al Sexto Congreso de APICSA en un país que, para aquella época, habrá cumplido 60 años de psicología profesional. Para lograr este propósito, el autor expone una serie de tendencias ascendentes en la psicología clínica y de la salud en Colombia. La fuente principal de esta exposición es un capítulo sobre el tema publicado dentro del libro electrónico “Una retrospectiva de la psicología en Colombia”, de Andrés M. Pérez-Acosta y Lyria Esperanza Perilla Toro (Bogotá: PSICOM Editores, 2006).

A lo largo de seis décadas, la psicología clínica y de la salud en Colombia ha experimentado las siguientes tendencias ascendentes:

1. Transición de psicoterapia, originalmente a cargo de psiquiatras, a psicología clínica a cargo de psicólogos.
2. Diversificación de enfoques, desde el tradicional psicoanálisis hasta enfoques conductual, cognitivo- conductual y sistémico, principalmente.
3. Ampliación del campo del nivel de acción tradicional (el individuo en el consultorio) a la atención a comunidades in situ.
4. Introducción de la psicología al campo de la salud física (como psicología de la salud) y no solamente la salud mental (como psicología clínica).
5. Crecimiento del campo interdisciplinario del trabajo del psicólogo clínico y de la salud (medicina, enfermería, terapia ocupacional, neuropsicología, ciencias sociales, educación).
6. Inserción de la psicología clínica en los sistemas de seguridad social en salud del Estado (incluye la declaratoria de la profesión psicológica como área de la salud y reconocido campo de riesgo social).
7. Paso de la mera intervención a la prevención, por un lado, y el trabajo de seguimiento, por otro.
8. Mayor productividad en términos de investigación y publicaciones, afirmación que puede respaldarse en indicadores ofrecidos por el estado colombiano a través de entidades como COLCIENCIAS. Este panorama da a Colombia suficiente madurez para ser sede en 2008.

Angry, aggressive drivers pose significant risks to themselves and to those with whom they share the road. This presentation will first describe the characteristics and vulnerabilities of the high anger driver. Topics will include:

- Exposure to frustration and provocation
- Having more situations trigger anger
- Greater frequency of anger episodes
- Greater intensity of anger experienced while driving
- More hostile, aggressive thinking (especially pejorative labeling/verbally aggressive, physically aggressive, and revengeful/retaliatory thinking)
- More aggressive (verbal, physical and vehicular) and less adaptive, positive anger expression of anger while driving
- More anger-related damage to vehicles
- More injury during anger-related damage
- More aggression while driving (e.g., arguing with another driver, angry gestures, tailgated or cut another driver off in anger)
- More risky behavior while driving (e.g., speeding, running a red light or stop sign, reckless driving)
- More of some accident-related outcomes (e.g., accidents, near accidents, moving violations)
- More of other conditions that exacerbate anger while driving (e.g., general anger, impulsiveness, anxiety).

This review of research findings will show that high trait driving anger is a risk factor for more easily triggered, frequent, and intense anger as well as more aggression, risky behavior, injury, and other adverse driving outcomes. Clinical interventions for the reduction of anger behind the wheel will then be described. Findings from six clinical trials will be integrated and outcomes for the following interventions will be summarized:

- Applied relaxation coping skills
- Cognitive restructuring alone
- Behavioral change interventions
- Beck's cognitive therapy
- Cognitive-relaxation coping skills.

La atención individualizada y el tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social José
Olivares Rodríguez
Universidad de Murcia (España) jorelx@um.es

Decidir si se debe de incluir en el diseño de una intervención realizar o no un seguimiento individualizado del grado de cumplimiento de las tareas para casa, las dudas encontradas y dificultades experimentadas por los adolescentes con fobia social generalizada a la hora de aplicar lo entrenado/tratado en grupo, en el marco de un programa de detección e intervención temprana, no resulta fácil dado que en dicha decisión está implícito el control de variables muy importantes para un(a) psicólogo(a) clínico(a).

Tal es el caso de las cuestiones relativas a la eficiencia del tratamiento y al abandono del entrenamiento, pues éstas están directamente relacionadas tanto con los costes temporales propios del/los terapeuta(s) como con los derivados de toda dedicación "extra" que han de hacer los participantes. Otro tanto ocurre, por ejemplo, en relación con el control de "la varianza de error" propia de los tratamientos aplicados en grupo y que es una cuestión fundamental para el clínico.

Con el fin de aportar evidencia empírica y experimental a este respecto presentamos los resultados de un estudio llevado a cabo en el contexto comunitario con adolescentes que presentaban fobia social generalizada. Los participantes fueron adolescentes españoles que cumplieron los criterios requeridos para el diagnóstico de fobia social generalizada (DSM-IV-TR; APA, 2002), los cuales fueron autorizados por escrito a inscribirse voluntariamente en el entrenamiento por sus padres. Los sujetos fueron asignados al azar a tres condiciones experimentales: "Sin atención individual", "Una sesión de atención individual por cada dos sesiones de entrenamiento en grupo" y "Una sesión de atención individual por cada sesión de entrenamiento en grupo". Los resultados muestran: 1) Los grupos que incluyen sesiones de atención individualizada alcanzan mejores resultados, pero no alcanzan diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las variables medidas tanto en el posttest como en los seguimientos; 2) La

eficacia del tratamiento aplicado - Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Olivares et al., 2005-, con independencia de la condición experimental tanto en las medidas que evalúan ansiedad y evitación social como en sus correlatos (autoestima, habilidades sociales y adaptación), en el posttest y a medio y largo plazo (6 y 12 meses respectivamente).