

*Revista de  
PSICOLOGIA  
DE LA SALUD*



*Journal of  
HEALTH  
PSYCHOLOGY*

- 3 J. I. Arrarás Urdániz, B. Zubizarreta Marturet, M. A. Domínguez Domínguez, A. Iceta Lizárraga y Fco. J. Molina Garicano. Estudio de los déficits cognitivos en un caso de un niño con tumor cerebral.
- 19 Iver Hand, Fernando Fernández y Brigitte Friedrich. Modelos de entendimiento del juego patológico: Multimodal vs. Adicción. Implicaciones terapéuticas.
- 33 Juan Manuel Gutiérrez García. El suicidio consumado en Guipúzcoa, 1990-92.
- 53 Cristina Castro Bolaño, Carmina Saldaña García y José Manuel Otero-López. Evaluación del coste-eficacia de una intervención cognitivo-conductual en pacientes con dolor de cabeza tensional.
- 79 M.ª Ángeles Pastor, Sofía López-Roig, Jesús Rodríguez-Marín, M.ª Carmen Terol y Salvador Sánchez. Evaluación multidimensional del dolor crónico en pacientes reumáticos.
- 107 H. Sklodowski y K. Zboralski. Cancerous Diseases: self-evaluation and the problem of informing the patient of the disease.
- 111 K. Zboralski, H. Sklodowski y D. Szeszesny. Index of Psychic Health – A supplement to a routine medical examination.
- 117 Libros revisados.

### **Directores:**

Silverio Barriga  
(Univ. de Sevilla)

Jesús Rodríguez  
(Univ. de Alicante)

José Santacreu  
(Univ. Autónoma Madrid)

### **Directores asociados:**

José A.I. Carrobles  
(Univ. Autónoma Madrid)

Diego Maciá  
(Univ. de Murcia)

Manuel F. Martínez  
(Univ. de Sevilla)

### **Secretario:**

José A. García-Rodríguez  
(Univ. de Alicante)

### **Coordinador Edición:**

José V. Castejón  
(Univ. de Alicante)

### **Jefe de Redacción:**

Fco. Xavier Méndez  
(Univ. de Murcia)

### **Consejo de Redacción:**

Arturo Bados  
(Univ. de Barcelona)

Victoria del Barrio  
(U. N. E. D.)

José M<sup>a</sup> Farré  
(Univ. de Barcelona)

Juan Godoy  
(Univ. de Granada)

José M<sup>a</sup> León  
(Univ. de Sevilla)

José J. Mira  
(Univ. de Alicante)

Rafael Peiró  
(Ayuntamiento Gandía)

Marino Pérez  
(Univ. de Oviedo)

Victor Rubio  
(Univ. Autónoma Madrid)

M.A. Simón  
(U. Santiago Compostela)

M<sup>a</sup> Oliva Marquez  
(Univ. Autónoma Madrid)

Barbara VanOss Marín  
(Univ. California. S. F.)

### **Consejo Editorial:**

Amalio Blanco  
(Univ. Autónoma Madrid)

Ramón Bayés  
(U. Autónoma Barcelona)

José Bermudez  
(U. N. E. D.)

Johannes C. Brengelmann  
(I. Max Planck, Múnich)

José Cáceres  
(Univ. de Deusto)

Christine Eiser  
(Univ. de Exeter, R. U.)

J. Richard Eiser  
(Univ. de Exeter, R. U.)

Rocio Fdez. Ballesteros  
(Univ. Autónoma Madrid)

José L. Fdez. Trespalacios  
(U. N. E. D.)

Tomás de Flores  
(Univ. de Barcelona)

Marie Johnston  
(St. Andrews University)

Francisco J. Labrador  
(U. Complutense Madrid)

Luis María Llavona  
(U. Complutense Madrid)

Stan Maes  
(Univ. de Leiden)

Vicente Pelechano  
(Univ. de La Laguna)

Aquilino Polaino  
(U. Complutense Madrid)

Bertran Raven  
(Univ. California, L.A.)

Carmina Saldaña  
(Univ. de Barcelona)

Fernando Silva  
(U. Complutense Madrid)

George C. Stone  
(Univ. California, S.F.)

Shelley Taylor  
(Univ. California, L.A.)

Josep Toro  
(Univ. de Barcelona)

Manuel Valdés  
(Univ. de Barcelona)

Jaime Vila  
(Univ. de Granada)







**INDICE**

Juan Ignacio Arrarás Urdániz, Beatriz Zubizarreta Marturet, Miguel Angel Dominguez Dominguez, Ainhoa Iceta Lizárraga y Francisco Javier Molina Garicano. **Estudio de los déficits cognitivos en un caso de un niño con tumor cerebral.** 3.

Iver Hand, Fernando Fernández y Brigitte Friedrich. **Modelos de entendimiento del juego patológico: Multimodal vs. Adicción. Implicaciones terapéuticas.** 19.

Juan Manuel Gutierrez García. **El suicidio consumado en Guipúzcoa, 1990-92.** 33.

Cristina Castro Bolaño, Carmina Saldaña García y José Manuel Otero-López. **Evaluación del coste-eficacia de una intervención cognitivo-conductual en pacientes con dolor de cabeza tensional.** 53.

M<sup>a</sup> Angeles Pastor, Sofia López-Roig, Jesús Rodríguez-Marin, M<sup>a</sup> Carmen Terol y Salvador Sánchez. **Evaluación multidimensional del dolor crónico en enfermos reumáticos.** 79

H. Sklodowski y K. Zboralski. **Enfermedades oncológicas: autoevaluación y el problema de la información de la enfermedad al paciente.** 107.

K. Zboralski, H. Sklodowski y D. Szczesny. **Índice de salud psíquica - Un suplemento del examen médico habitual.** 111.

**Libros revisados.** 117.

## CONTENTS

Juan Ignacio Arrarás Urdániz, Beatriz Zubizarreta Marturet, Miguel Angel Domínguez Domínguez, Ainhoa Iceta Lizárraga and Francisco Javier Molina Garicano. **Study of the Cognitive Dysfunctions in a case of a child with a Brain Tumour.** 3.

Iver Hand, Fernando Fernández and Brigitte Friedrich. **Modells to understand pathological gambling: multimodal vs. Addiction. Therapeutical Implications.** 19.

Juan Manuel Gutierrez García. **Suicide in province of Guipúzcoa (Basque Country-Spain) during 1990-1992.** 33.

Cristina Castro Bolaño, Carmina Saldaña García and José Manuel Otero-López. **Assessment of the cost-effectiveness of a cognitive-behavioral treatment for a tension headaches patients.** 53.

M<sup>a</sup> Angeles Pastor, Sofia López-Roig, Jesús Rodríguez-Marín, M<sup>a</sup> Carmen Terol and Salvador Sánchez. **Multidimensional assessment of chronic pain in rheumatic patients.** 79

H. Sklodowski and K. Zboralski. **Cancerous diseases: self-evaluation and the problem of informing the patient of the disease.** 107.

Zboralski, H. Sklodowski and D. Szczesny. **Index of Psychic Health - A supplement to a routine medical examination.** 111.

**Books reviews.** 117

## ESTUDIO DE LOS DEFICITS COGNITIVOS EN UN CASO DE UN NIÑO CON TUMOR CEREBRAL

**Juan Ignacio Arrarás Urdániz<sup>1</sup>, Beatriz Zubizarreta Marturet<sup>2</sup>,  
Miguel Angel Domínguez Domínguez<sup>1</sup>, Ainhoa Iceta Lizarraga<sup>3</sup> y  
Francisco Javier Molina Garicano<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup> *Servicio de Oncología. Hospital de Navarra.*

<sup>2</sup> *Asociación de Ayuda a Niños Oncológicos (ADANO).*

<sup>3</sup> *Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino de Pamplona.*

### RESUMEN

En el presente trabajo se realiza una introducción sobre los tumores infantiles, sus tratamientos y las consecuencias de estos. Se revisan estudios que evalúan los déficits neuropsicológicos secundarios a la quimioterapia y radioterapia, en niños diagnosticados de leucemias y tumores cerebrales. Presentamos un caso de un niño diagnosticado de meduloblastoma, tratado con cirugía, radioterapia y quimioterapia. Se ha llevado a cabo una evaluación psicológica del niño y su familia. Se le realiza además una evaluación neuropsicológica a los dos, tres y cuatro años de finalizado el tratamiento, y se compara su rendimiento académico con el que tenía antes de que la enfermedad fuera diagnosticada. En esta evaluación hemos encontrado déficits cognitivos que son similares a los que aparecen en otros estudios realizados sobre este mismo área.

**Palabras clave:** Déficits neuropsicológicos, tumor cerebral infantil, radioterapia, quimioterapia.

## ABSTRACT

In the present work an introduction about the pediatric tumors, their treatments and the consequences of both is made. Different works that assess the neuropsychological deficits secondary to chemotherapy and radiotherapy in children diagnosed of leukemia and brain tumors are revised. We present the case of a child who was diagnosed of medulloblastoma and treated with surgery, radiotherapy and chemotherapy. A psychological assessment of the child and his family has been carried out. Neuropsychological assessments has also been performed two, three and four years after the end of the treatment, and his accademical performance has been compared with the one he had before the disease was diagnosed. We have found in this assessment cognitive deficits that are similar to the deficits that appear in other studies carried out about the same subject.

**Key words:** Neuropsychological deficits, pediatric brain tumor, radiotherapy, chemotherapy.

## INTRODUCCION

### Tumores Infantiles.

El cáncer infantil presenta unas características especiales que determinan que las reacciones psicológicas de los niños con cáncer sean algo diferentes a las de los pacientes adultos. Algunos de los factores que inciden en esta especificidad son: la edad del paciente, el momento en el proceso del desarrollo evolutivo del niño en el que aparece la neoplasia, o la capacidad del niño de comprender su enfermedad.

Respecto al cáncer infantil, según *Rowland (1990)*, se ha dado un cambio importante: el desarrollo de terapias más efectivas de tratamiento para estos tumores ha provocado que cada vez un mayor número de niños consigan la curación o que aumenten los tiempos de supervivencia. *Meadows y Silber (1985)* comentan que el incremento en la supervivencia de estos niños, nos plantea cuestiones sobre los efectos físicos, psicológicos y sociales a corto y a largo plazo que pueden provocar estas enfermedades y sus tratamientos.

*Rowland (1990)* entiende que los problemas psicológicos provocados por la enfermedad y los tratamientos en el niño serían:

- 1.- Distanciamiento en las relaciones interpersonales, con los compañeros, amigos y familiares, como consecuencia de los múltiples ingresos hospitalarios, que pueden durar unos pocos días o periodos más largos.



2.- Problemas relacionados con la dependencia o independencia del círculo familiar. La enfermedad y los tratamientos provocan generalmente más dependencia, lo que puede chocar con las necesidades de autonomía del niño.

3.- Desfiguramiento, ya que los tratamientos pueden dejar secuelas físicas permanentes que influyan, además, en su imagen y auto-estima.

4.- Falta de habilidades académicas. Los periodos de ausencia de la escuela, la enfermedad y los tratamientos, pueden provocar que el niño no madure ciertas capacidades de aprendizaje potenciales, o que pierda alguna de ellas.

5.- La muerte es un peligro real que puede darse en estos tumores. Todo ello favorece que se despierten ansiedades, especialmente en los padres de los pacientes.

### **Clasificación de los tumores infantiles.**

Los diagnósticos más frecuentes dentro del cáncer infantil son, por orden de incidencia: leucemia, tumores del sistema nervioso central, linfomas, neuroblastomas, tumores del Wilms, tumores óseos y retinoblastomas (Meyers, 1990).

## **MODALIDADES DE TRATAMIENTO**

### **Radioterapia.**

La radioterapia se administra una vez que se ha diseñado un plan de tratamiento que tenga en cuenta la localización del tumor, su relación con las estructuras normales, el tipo de tejido, la extensión de la enfermedad, y la posible combinación con otras modalidades terapéuticas. La dosis de radiación, el lugar y la duración de la exposición, son aspectos de gran importancia a la hora de intentar conseguir la máxima efectividad provocando el menor número de efectos secundarios en el paciente. En algunos casos, la radioterapia forma parte de un tratamiento combinado con quimioterapia.

*King et al. (1985)* explican que los efectos secundarios a corto plazo de la radioterapia son menores de lo que las personas no relacionadas con la oncología suelen imaginar: alopecia, náuseas, vómitos, etc. Por el contrario, *Howland (1990)*, recoge que los efectos secundarios a largo plazo pueden ser en algunos casos severos, y estar relacionados con la zona del cuerpo radiada: fibrosis pulmonares, esterilidad, pérdida de capacidad intelectual.

### **Quimioterapia.**

Sin lugar a dudas es la forma de terapia más utilizada en la actualidad. Prácticamente, todos los grupos de trabajo, hoy en día, participan de protocolos terapéuticos diferenciados según el tipo de tumor y el estadio, en cuanto a:

- tipo de agentes quimioterápicos.
- dosis.
- duración.

Es indudable que la administración de estos tratamientos es llevada a cabo con fines beneficiosos, pero en muchas ocasiones, los efectos indeseables se presentan durante la administración de las terapias: vómitos, náuseas, caída del pelo, situaciones hematológicas comprometidas por la anemia, trombopenia, leucopenia, etc. Estos y otros efectos pueden aparecer no sólo a corto plazo, sino también tiempo después de haber sido administrado el tratamiento, sobre todo si la quimioterapia se combina con radioterapia.

La cirugía es la otra modalidad de intervención también en los tumores infantiles.

## **TUMORES CEREBRALES**

### **Características.**

*Patchell y Posner (1990)* nos explican que los tumores cerebrales son el segundo grupo de tumores más frecuentes en los niños, constituyendo el 20% de todos los tumores en la infancia. Estos tumores presentan varias características, de las que podemos destacar:

- 1.- El cerebro tiene pocas posibilidades de regeneración, una vez que el daño se ha creado.
- 2.- Los síntomas dependen de la localización del tumor.
- 3.- Los métodos de tratamiento son los mismos que se pueden emplear con cualquier otro tumor. La mayoría de estos tumores son tratados con cirugía, radioterapia y quimioterapia.
- 4.- El curso es de progresivo empeoramiento de los síntomas, si no se ponen en marcha los medios terapéuticos a nuestro alcance.

### **Clasificación.**

Las categorías más importantes en las que se agrupan los tumores cerebrales son: tumores epiteliales, meningeos, germinales y malformaciones. (Clasificación de la OMS recogida en *P. Kleihues et al., 1993*). En la edad infantil el medulo-

blastoma es el tipo de tumor más frecuente junto al ependinoma y glioblastoma, siempre hablando de tumores malignos. Los tres son tumores epiteliales. En los niños suelen localizarse en cerebelo y ventrículos, principalmente.

### **Lesiones a consecuencia del tratamiento.**

#### ***Radioterapia:***

Para García-Pérez (1991), actualmente se admite que la radiación de áreas del cráneo puede producir una lesión cerebral. El riesgo de que se produzca esta lesión hay que relacionarlo con las variables de tiempo, dosis y volumen. Esta autora organiza los efectos de la radiación en efectos agudos, subagudos y crónicos. Las lesiones tardías son las más importantes y las más graves. Se instauran progresivamente desde varios meses a varios años después de finalizado el tratamiento.

#### ***Quimioterapia:***

El methotrexante (MTX) es el tipo de quimioterapia que más se emplea en los tumores cerebrales. La combinación de MTX y radioterapia llega también en algunos casos a provocar lesiones cerebrales.

## **REPERCUSIONES COGNITIVAS DE LOS TRATAMIENTOS EN NIÑOS CON TUMORES PRIMARIOS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

Actualmente, se reconoce que los tratamientos de quimioterapia y radioterapia aplicados a los tumores cerebrales, pueden provocar déficits, que incluyen problemas neurológicos y deterioro de las funciones intelectuales (*Bleyer, 1980*).

### **Estudios sobre leucemias en niños.**

*Meadows et al. (1981)* realizan un estudio prospectivo con un grupo de niños diagnosticados de LLA (Leucemia Linfoblástica Aguda) que recibieron tratamiento de radioterapia y quimioterapia (MTX). Estos autores encontraron que había una disminución en la puntuación global del CI, que aparecía con mayor evidencia a partir de los tres años de haber finalizado el tratamiento. El grupo de edad de hasta 5 años, era el más afectado. Las áreas más deficitarias resultaron ser: inteligencia general, integración visomotora y resolución de problemas psicomotores. Estos autores concluyeron que los déficits encontrados no se podían atribuir a factores como ausencias escolares o problemas emocionales.

*Ochs y Mulhern (1992)* evalúan en un estudio prospectivo, el funcionamiento neuropsicológico de 49 niños que habían recibido una de las dos modalidades de tratamiento: radioterapia a baja dosis y MTX, y de MTX únicamente. Realizaron evaluaciones al terminar el tratamiento y seis meses después. Comprobaron que

no se daban diferencias entre las dos modalidades de tratamiento, pero que dentro de los dos grupos había niños que presentaban deterioro cognitivo, en el CI verbal, en el manipulativo, global, y en el rendimiento escolar, especialmente en la aritmética. Resultados similares encontraron *Mulhern et al. (1991)* en otro estudio prospectivo.

*Brouwers, Riccardi y Poplack (1984)* evalúan niños tratados con radioterapia y quimioterapia. Las áreas donde encontraron déficits significativos fueron las de atención y memoria.

*Rowland et al. (1984)* evalúan 104 niños tratados con MTX únicamente, o una combinación de MTX y radioterapia. Los resultados fueron de una mayor disminución de CI así como peor rendimiento escolar, en los niños del grupo combinado. Las áreas más afectadas fueron las de atención y concentración. Se encontraron déficits tanto en las funciones superiores, como en el funcionamiento motor grueso.

### **Estudios sobre tumores cerebrales.**

*Packer, Radcligge y Glauser (1992)* recogen varios estudios retrospectivos. Estos estudios coinciden en que los niños con meduloblastoma que han recibido tratamiento, tienen un riesgo de desarrollar una disfunción cognitiva, aunque hay otros factores cuya influencia está menos definida. Estos mismos autores realizan un estudio prospectivo con 17 niños que habían presentado un tumor en la fosa posterior. Recibieron tratamiento con radiación completa. Encontraron una media de descenso de CI de 12 puntos, tanto a nivel verbal como manipulativo. Se constató que a edad más temprana en el momento de administrarse el tratamiento, el deterioro cognitivo era mayor. Las funciones más afectadas fueron la memoria, la coordinación visomotora y la organización espacial. Todos los niños menores de 7 años necesitaron apoyo escolar. Para estos autores, la combinación de MTX y radioterapia incrementa la severidad de los déficits neurológicos.

*Ellenberg et al. (1987)* han realizado un seguimiento de 73 niños con tumores cerebrales. Hubo diferencias en la pérdida de facultades según la edad, siendo mayor el deterioro cuanto más jóvenes eran los niños. La cantidad y localización de radioterapia influía en un mayor deterioro, siendo mayor, cuanto mayor era la dosis administrada y si se radiaba todo el cráneo.

*Duffner, Cohen y Parker (1988)* realizan un estudio con 16 niños tratados por tumor cerebral. Sólo dos niños presentaban una deficiencia mental, pero en general, la mayoría presentó una disminución gradual del CI con el paso del tiempo. Se observó que un factor de riesgo para la presencia de déficits era la edad temprana.

Para *García-Pérez (1991)*, en general, a los seis meses de finalizada la radioterapia comienzan a identificarse alteraciones funcionales, aunque aún no haya

aparecido una disminución del CI. Una edad por debajo de 7 años y preferentemente por debajo de 3 años, es un factor de mal pronóstico en cuanto a secuelas de la radioterapia. En diversos estudios se comprueba que el deterioro de CI viene a ser de 10 a 15 puntos, que se convierte de 15 a 20 en niños más pequeños, y que con más frecuencia disminuye el CI manipulativo que el verbal. La atención, concentración, memoria, habilidades visomotoras y la integración espacial se encuentran afectadas. (Por otro lado, la aparición de un síndrome de somnolencia suele ir unida al deterioro).

## **CASO PRACTICO: EVALUACION DE UN NIÑO TRATADO POR UN TUMOR CEREBRAL**

### **MÉTODO**

#### **Sujeto: Datos personales y de la enfermedad.**

El paciente es un adolescente de 13 años de edad, que cursa 7º de E.G.B.. La familia está compuesta por los padres y otra hermana más joven, de 8 años. Los abuelos maternos conviven en el mismo hogar.

La familia acude a consulta psicológica demandando ayuda para las dificultades en el rendimiento escolar las cuales han aparecido con posterioridad al tratamiento oncológico.

En el año 1990 se le realiza una intervención quirúrgica en el Servicio de Neurocirugía del *Hospital de Navarra*. Se le practica una craniectomía de la fosa posterior amplia y se le estirpa parte de un tumor en línea media que infiltra el suelo del IV ventrículo. La anatomía patológica corresponde a un meduloblastoma, situado en la fosa posterior. Recibe inicialmente tratamiento de quimioterapia con varios fármacos, entre ellos el methotrexate (Protocolo de la SIOP). Al terminar estos sueros, se le administran sesiones de radioterapia craneoespinal en el *Hospital de Navarra*. Después recibe algunos ciclos más de quimioterapia.

#### **Evaluación psicológica del niño y la familia**

Se realizaron cuatro entrevistas de evaluación: dos con el niño, una con los padres y una conjunta. Se recogieron datos referentes a la historia personal en relación a su desarrollo físico, psicológico, social e intelectual anterior y posterior a la enfermedad. Las áreas evaluadas de manera más específica fueron: rendimiento escolar, hábitos de estudio en casa, motivación ante los exámenes, socialización, normas en el hogar y relación con los miembros de la familia. Se emplearon registros de: tiempo de estudio y rendimiento, conductas-problema y respuestas de los miembros de la familia ante ellas, listado de normas de los padres y

abuelos con él. Se realizaron cuatro entrevistas de seguimiento tras la terapia sobre estas mismas áreas, utilizando nuevamente los registros.

Se han administrado los cuestionarios Test CAPP (Cuestionario Analítico Psicográfico de Personalidad) y Test Sociométrico (Análisis de las Relaciones Interpersonales).

El primero de ellos nos ayuda a realizar un estudio de la personalidad del niño. Evalúa rasgos como la emotividad, actividad, resonancia, dominancia, sociabilidad.

El test sociométrico ayuda a valorar el nivel de integración en el grupo y la sociabilidad.

### **Evaluación escolar**

Se mantuvieron dos entrevistas con los profesores para evaluar las relaciones con sus compañeros y el aprovechamiento en el aula, actuales y previos a la enfermedad, así como sus observaciones en relación a los cambios en capacidad y rendimiento a partir del tratamiento médico.

Se recogieron las calificaciones escolares de los años previos y posteriores a la enfermedad.

### **Evaluación neuropsicológica. Pruebas aplicadas en esta evaluación:**

- WISC: Escala de inteligencia de Weschler.
- BADYG: Batería de aptitudes diferenciales y generales.
- Test discriminativo neurológico rápido QNST.

BADYG: este test evalúa el funcionamiento intelectual de los niños, pero prestando más atención al aprovechamiento que estos niños han realizado de sus capacidades potenciales durante la escolarización.

QNST: Es una prueba neuropsicológica de corta duración, que indica la existencia de síntomas neuropsicológicos.

### **Diseño**

Se realizó una primera evaluación en Febrero de 1992 en la cual se mantuvieron las entrevistas con el niño, padres y profesores y se administraron los cuestionarios neuropsicológicos, de personalidad y sociométrico.

La batería de test BADYG se repitió en Diciembre del 93 y en Noviembre del 94. El WISC se repitió en Marzo del 95.

Se realizó una terapia con los padres y el niño que duró de Febrero a Agosto del 92, y que fue seguida de dos sesiones de seguimiento.

En el año 94 se realizaron dos entrevistas de seguimiento con el niño y la familia.

## RESULTADOS

En relación a los datos de la **evaluación psicológica del niño y su familia**, los informes referidos por los padres y el niño en el año 92, dan cuenta de un desarrollo normal con anterioridad al proceso tumoral en los aspectos físico, psicológico, social e intelectual. Era destacable su habilidad para los deportes. En la evaluación de los problemas actuales destacaba un bajo rendimiento escolar a pesar de que la motivación y los hábitos de estudio eran adecuados. El niño verbalizaba las dificultades para memorizar las cuales a su vez iban acompañadas de respuestas de ansiedad ante los exámenes y la corrección de tareas en clase. Estas dificultades se mantenían en las entrevistas de seguimiento.

Las relaciones entre los padres previas a la aparición de la enfermedad eran buenas. Al recibir el diagnóstico tuvieron una reacción emocional intensa, ante el temor a perder a su hijo. Estos padres se fueron adaptando progresivamente a la situación. Mantenían desacuerdos en el área de las normas. Los abuelos maternos favorecían el que se instaurara un patrón de sobreprotección sobre el niño enfermo. Su hermana presentó en algún momento conductas disruptivas y enuresis nocturna, especialmente durante los periodos de convalecencia de su hermano en el hogar. Por otro lado, mantenía una buena relación con su hermano.

Estas conductas en la familia se corrigieron al final de la terapia, y esta mejora se mantuvo en las entrevistas de seguimiento, y en las realizadas en el año 94. Su habilidad en el deporte había empeorado, habiendo tenido varias lesiones por caídas en situaciones no peligrosas.

Los resultados del cuestionario *CAPPA* (Cuestionario analítico psicográfico de personalidad) presentan como rasgos más destacables:

- Nivel medio-bajo en control voluntario, especialmente en la perseveración ante una tarea.
- Nivel bajo en reflexión, destacando las dificultades en la concentración.
- Nivel medio-bajo en emotividad, actividad y dominancia
- Nivel medio-alto en sociabilidad (simpatía, cordialidad, fomento de relaciones sociales).

Los resultados en el *Test Sociométrico* (Análisis de las Relaciones Interpersonales) presentan un nivel medio en todos los aspectos valorados por esta prueba: ascendencia, afinidad, popularidad y colaboración.

Los **informes verbales de los profesores** confirmaron el interés por el estudio, una socialización adecuada y una disminución en los resultados académicos después del proceso tumoral relacionada con una posible pérdida de capacidad intelectual. Sus observaciones constataban retrocesos en las áreas de atención, concentración y memoria.

Respecto a las calificaciones escolares, su evolución muestra un empeoramiento desde niveles altos a un fracaso en el año del tratamiento y un rendimiento significativamente bajo en los tres años posteriores. (Ver Tabla 1).

**Tabla 1.- Calificaciones escolares.**

Asignaturas	EGB Ciclo inicial	89-90 4°	90-91 5° Tumor	91-92 6°	92-93 6° Repite	93-94 7°
Lengua	SS	Destaca	Sufic.	Sufic.	NT	Bien
Matemáticas	SS	PA	Insuf.	Insuf.	Insuf.	Insuf.
C. Sociales	SS	PA	Insuf.	Sufic.	Bien	Insuf.
C. Naturales	SS	PA	Insuf.	Insuf.	Sufic.	Insuf.
Ed. Artística	NT	Destaca	Bien	Sufic.	Bien	MD
Ed. Física	NT	Destaca	Sufic.	Sufic.	Sufic.	Insuf.

SS: Sobresaliente; NT: Notable; PA: Progresó adecuadamente; MD: Muy deficiente.

#### **Datos de la evaluación neuropsicológica**

*WISC*: Las puntuaciones del CI tanto verbal como manipulativo y global en el año 92, sitúan su capacidad intelectual en un nivel normal-bajo. Existen subpruebas cuya puntuación se sitúa en el límite entre el nivel medio-bajo y el inferior, las cuales indican las funciones neuropsicológicas que han podido verse más afectadas y que están interfiriendo en los aprendizajes escolares:

- Memoria: Tanto inmediata como a largo plazo
- Comprensión verbal.
- Percepción visual de estímulos abstractos y organización espacial.
- Coordinación visomotora.
- Razonamiento y cálculo numérico.

Las puntuaciones del CI en el año 95, muestran una elevación en la parte verbal pero un descenso en la parte manipulativa. El CI global se mantiene en el nivel medio-bajo.

Las funciones neuropsicológicas más afectadas al analizar las diferentes subpruebas de esta segunda medición serían (Ver Tabla 2):

- Memoria a largo plazo
- Percepción visual de estímulos abstractos y organización espacial
- Coordinación visomotora
- Razonamiento lógico



Tabla 2.- Puntuaciones en el WISC.

WISC	1ª Medición	2ª Medición
Información	9	12
Comprensión	8	11
Aritmética	9	11
Semejanzas	11	9
Vocabulario	8	9
Global verbal	CI: 89	CI: 103
Figuras incompletas	8	4
Historietas	7	8
Cubos	8	7
Rompecabezas	13	8
Claves	8	6
Global manipulativa	CI: 89	CI: 74
Total	CI: 88	CI: 88

*BADYG*: Sus puntuaciones en la casi totalidad de las pruebas del test en el año 92 se sitúan en el nivel bajo en relación al grupo de comparación o normativo. Los déficits aparecen de manera significativa en las funciones de:

- Razonamiento lógico.
- Capacidad de análisis y síntesis con elementos gráficos en contexto espacial
- Aptitud numérica
- Resolución de problemas presentados gráficamente
- Resolución de problemas tanto de componente verbal como manipulativo
- Resolución de problemas con símbolos de base cultural (letras y números)
- Memoria inmediata.

En una segunda pasación de esta misma batería se mantiene el nivel bajo respecto al grupo normativo en la casi totalidad de las pruebas, constatándose además un descenso respecto a la primera medición en:

- Aptitud numérica
- Resolución de problemas tanto de componente verbal como manipulativo
- Resolución de problemas con símbolos de base cultural (letras y números)
- Resolución de problemas formulados con conceptos verbales
- Memoria inmediata
- Aptitud espacial

Se mantiene la puntuación en la percepción de diferencias (percepción visual y atención-concentración) aunque el nivel sigue siendo deficitario. Ascenden las puntuaciones de razonamiento lógico, capacidad de análisis y síntesis con elementos gráficos, inteligencia no verbal y comprensión verbal, pero así mismo el nivel sigue siendo bajo en las pruebas que implican dichas funciones.

Una tercera pasación de esta prueba realizada en el año 94, sigue dando un resultado globalmente bajo. Se confirma la tendencia descendente en las puntuaciones de las siguientes funciones :

- Aptitud numérica
- Resolución de problemas tanto de componente verbal como manipulativo
- Resolución de problemas con símbolos de base cultural (letras y números)
- Aptitud espacial

Desciende novedosamente en resolución de problemas presentados gráficamente, comprensión verbal, y de manera muy significativa en razonamiento lógico. (Ver tabla 3).

**Tabla 3.- Puntuaciones en el BADYG.**

<b>Aptitudes</b>	<b>1ª Medida</b>	<b>2ª Medida</b>	<b>3ª Medida</b>
Madurez intelectual general	18	15	11
Inteligencia general verbal	20	14	13
Inteligencia general no-verbal	16	19	14
Habilidad mental verbal	30	19	25
Aptitud numérica	15	12	10
Comprensión verbal	25	34	14
Memoria A-I	22	18	27
Habilidad mental no-verbal	15	35	48
Razonamiento lógico	9	11	4
Aptitud espacial	52	34	22
Percepción de diferencias	20	20	23

*QNST.* Test discriminativo neurológico rápido:

El resultado global de este test fue de 30 puntos. La puntuación indica la aparición de uno o más síntomas que pueden ser neurológicos o del desarrollo. Los niños y jóvenes que no presentan déficits puntúan por debajo de 25. Las alteraciones se presentaron en las pruebas de movimientos manuales rápidos (coordinación

motora), orientación derecha-izquierda (orientación espacial), y reconocimiento de formas en la palma de la mano (reconocimiento perceptivo).

## DISCUSION

Se constata un empeoramiento significativo en el rendimiento escolar a partir del tratamiento.

Las entrevistas mantenidas con los padres, profesores y el propio niño sugieren que los niveles de desarrollo físico, psicológico, social e intelectual previos a la enfermedad eran adecuados. Tras la enfermedad, las áreas de funcionamiento social y psicológico, se han mantenido estables, tal como demuestran las distintas entrevistas y registros realizados. Las puntuaciones positivas en el test sociométrico y en el rasgo de sociabilidad (test de personalidad), apoyan la idea de que este niño mantiene en general unas relaciones adecuadas con su entorno. Las observaciones de sus profesores y el seguimiento de las tareas escolares confirman un nivel de motivación y hábitos de estudio adecuados. Por tanto, estos factores de sociabilidad, motivación y hábitos de estudio, no parecen estar implicados en las dificultades objetivas de aprendizaje.

La dinámica familiar sufrió cambios al inicio del tratamiento (sobrepotección, desacuerdo en normas, conductas disruptivas de la hermana), pero estas conductas pueden considerarse normales en el proceso de adaptación de las familias al cáncer infantil, han disminuido al final de la terapia en el año 92, y esta mejoría se ha mantenido en el seguimiento, por lo que podemos descartar que hayan influido en el rendimiento académico. Esta disminución ha ido unida a una óptima evolución de la enfermedad del niño.

*Burgio, Verri y Nespoli (1994)* realizan un estudio del funcionamiento de la familia de un niño que ha sido aquejado de leucemia y que también tiene una hermana más joven que él. La relación es parecida al de este caso, ya que aparecen las conductas de sobreprotección hacia el niño enfermo, especialmente por parte de uno de los padres, y también los celos entre los hermanos. Estos autores sitúan estas conductas dentro de la normalidad.

Los resultados de las pruebas neuropsicológicas aplicadas son congruentes entre sí, y nos indican que existe un déficit en algunas funciones neuropsicológicas, tanto verbales como manipulativas. Las áreas más afectadas en este niño, por coincidencia entre las diferentes pruebas son: memoria, razonamiento lógico, atención y concentración, percepción y organización espaciales, y coordinación visomotora.

Estos déficits se han mantenido a lo largo de las mediciones realizadas, por lo que podemos suponer que nos estamos refiriendo a una alteración y no a fluctuaciones en el rendimiento relacionadas con circunstancias externas. Los resultados

en las pruebas que constatan estos déficits, son comunes a los encontrados en otros estudios que valoran a niños con tumores cerebrales que han recibido tratamiento de radioterapia y quimioterapia.

Los datos sobre el nivel de CI coinciden con los de los estudios revisados, como el de *García-Pérez (1991)*, en el cual se recoge que en las evaluaciones realizadas a largo plazo de niños tratados con radioterapia craneal, un 58% tiene un CI menor de 90 y que se produce con más frecuencia una disminución mayor del CI manipulativo respecto al verbal. Este CI manipulativo está menos influenciado por los aprendizajes escolares, y resulta una medida más clara de la capacidad real.

Las puntuaciones más elevadas en el CI verbal en la segunda medición, pueden ser un indicador de un buen aprovechamiento escolar. Estos resultados de la evaluación neuropsicológica pueden explicar los problemas académicos con los que se encuentra el niño a partir de recibir el tratamiento antineoplásico.

En este tipo de casos se hace necesario evaluar la evolución de las funciones neuropsicológicas a lo largo del tiempo, y trabajar en coordinación con el centro escolar y la familia para facilitar el aprendizaje y la integración escolar.

## REFERENCIAS

- Bleyer WA y Griffin TM. White matter necrosis, mineralizing microangiopathy and intellectual abilities in survivors of childhood leukemia: associations with central nervous system irradiation and methotrexate therapy. En: HA Gilbert y AR Kagan (eds.). *Radiation damage to nervous system*. New York: Raven Press, 1980
- Brouwers P, Riccardi R, Poplack D et al. Attentional deficits in long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *J Clin Neuropsychol*, 1984, 6: 325-336.
- Burgio RG, Verri AP y Nespoli L. Bone marrow transplantation from programed donor, five years on. *Psychooncology*, 1994, 3(1): 61-64.
- Duffner PK, Cohen ME y Parker MS. Prospective intellectual testing in children with brain tumours. *Ann Neurol*, 1988, 23: 575-579.
- Ellenberg L, McComb JG, Siegel SE y Stowe S. Factors affecting intellectual outcome in pediatric brain tumour patients. *Neurosurgery*, 1987, 21: 638-644.
- García Pérez MA. Estudio neuropsicológico de las secuelas inducidas por los tratamientos antineoplásicos en niños con tumores cerebrales. Tesis doctoral 1991. Universidad de Navarra.

- Holland JC. Radiotherapy. En: Holland JC y Rowland JH. *Handbook of psycho-oncology*. Nueva York: Oxford University Press, 1990.
- King KB, Nail LM, Kreamer K, Strohl RA y Johnson JE. Patient's description of the experience of receiving radiation therapy. *Oncol Nurs Forum*, 1985, 12: 55-61.
- Kleihues P, Burger PC y Scheithauer BW. Histological Typing of the Tumours of the Central Nervous System. *World Health Organization. International Classification of Tumours*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1993.
- Martín JA. *Cuestionario analítico psicográfico de personalidad de Amurrio*. Madrid: Cospa.
- Martín JA. *Análisis de las relaciones interpersonales. Test Sociométrico*. Madrid: Cospa, 1974 y revisiones posteriores..
- Meadows AT, Massari DJ, Fergusson J, Gordon J, Littman P y Moss K. Declines in IQ scores and cognitive dysfunctions in children with acute lymphocytic leukemia treated with cranial irradiation. *The Lancet*, 1981, 7: 1015-1018.
- Meadows AT y Silber J. Delayed consequences of therapy for childhood cancer. *C.A.*, 1985, 35: 271-286.
- Meyers PA. Incidence, peak age at onset, and survival estimates for the major pediatric tumours. En: *Handbook of psychooncology*. Nueva York: Oxford University Press, 1990.
- Mulhern RK, Fairclough D y Ochs J. A prospective comparison of neuropsychologic performance of children surviving leukemia who received 18-Gy, 24-Gy or no cranial irradiation. *J Clin Oncol*, 1991, 9(8): 1348-1356.
- Mutti M, Sterling H y Spalding NV. *Test discriminativo neurológico rápido*. California: Universidad de San José, 1982.
- Ochs J, Mulhern R, Fairclough D, Parvey L, Whitaker J, Chien L, Mauer A y Simone J. Comparison of neuropsychologic functioning and clinical indicators of neurotoxicity in long-term survivors of childhood leukemia given cranial radiation or parenteral methotrexate: a prospective study. *J Clin Oncol*, 1991, 9(1): 145-151.
- Ochs J y Mulhern R. Prospective evaluation of neuropsychological function following cranial irradiation or intermediate dose methotrexate. En: *Late effects of treatment for Childhood Cancer*. 1992.
- Packer RJ, Radcliffe J y Glauser TA. Prospective evaluation of neuropsychological function in children treated for medulloblastoma. En: *Late effects of treatment for Childhood Cancer*. 1992.

Patchell RA y Posner BP. Cancer and nervous system. En: *Handbook of psycho-oncology*. Nueva York: Oxford University Press, 1990.

Rowland J, Glidewell OJ, Sibley RF et al. Effects of different forms of central nervous system prophylaxis on neuropsychologic function in childhood leukemia. *J Clin Oncol*, 1984, 2: 1327-1335.

Rowland J. Developmental stages and adaptation: child and adolescent model. En: *Handbook of psychooncology*. Nueva York: Oxford University Press, 1990.

Weschler D. *Escala de Inteligencia*. New York: Psychological corporation, 1967. Traducción y adaptación españolas de T.E.A., 1988.

Yuste C. *BADYG: Batería de aptitudes diferenciales y generales*. Cospa, 1991

**MODELOS DE ENTENDIMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO:  
MULTIMODAL vs. ADICCIÓN.  
IMPLICACIONES TERAPEUTICAS**

**Iver Hand, Fernando Fernández y Brigitte Friedrich**

*Unidad de Modificación de Conducta.*

*Hospital Psiquiátrico Universitario de Hamburgo.*

**RESUMEN**

A pesar de la alta prevalencia del juego patológico en la población general, y el aumento de la literatura al respecto, pocos estudios se centran en el tratamiento de este problema conductual. Hasta ahora, los programas de tratamiento más comúnmente empleados, donde el juego patológico es considerado bajo el paradigma de la "adicción", presentan paradójicamente una efectividad poco satisfactoria. Como modelo alternativo, los autores describen un paradigma "multimodal" para el entendimiento y tratamiento conductual de este problema, que se concentra más en los factores causales del juego (p.e. depresión, ansiedad y/o estrés social) que en las consecuencias. Presentación de casos clínicos demostrativos apoyarán estas argumentaciones.

**Palabras Clave:** Juego patológico; Estrategias de intervención; Modificación de conducta.

**ABSTRACT**

In spite of the high prevalence of pathological gambling among the general population, and the increasing amount on the literature about this topic, small

number of studies focussed on the treatment of this behavioral problem. The most used therapeutical programs, where pathological gambling was mainly considered under an addiction paradigm, presented paradoxically poor effectiveness. As an alternative model, the authors describe a "multimodal" paradigm to understand and treat successfully such patients, where behavioral techniques are concentrated more on the causal-factors of gambling (e.g. depression, social anxiety and distress) than in the consequences of it. Clinical cases that this phenomenon demonstrated are also presented.

**Key Words:** Pathological gambling; Intervention strategies; Behavioral therapy.

## INTRODUCCIÓN

El uso de los juegos de azar se ha visto incrementado enormemente en los distintos países y culturas en las últimas décadas. El apoyo cada vez mayor de éstos, por parte del poder político, unido a su gran "aceptación" por parte de los consumidores, ha influido en el crecimiento de su oferta-demanda en países occidentales (Hand, 1993; Ochoa y Labrador, 1994). Como era de esperar, paralelamente a este crecimiento, se ha visto incrementado también el número de trastornos ligados al mismo, es decir, el número de personas que desarrollan pautas de comportamiento patológicas respecto al juego ("jugadores patológicos" y/o jugadores problema).

Los estudios epidemiológicos han puesto de relieve que la prevalencia del juego patológico en población normal oscila entre 0.5 y 3%, y que la distribución por sexo suele estar en torno a tres hombres por cada mujer, en edades comprendidas entre 18 y 35 años (Bland, Newman, Orn y Stebelsky, 1993; Volberg y Steadman, 1988).

España y Alemania parecen ser dos de los países europeos donde esta patología presenta una mayor prevalencia e incremento en las últimas décadas. En España oscila el porcentaje de jugadores patológicos entre valores del 1.7 y el 2.5% de la población general (Cayuela, 1990; Legarda y cols., 1992). Cifras algo superiores a las alcanzadas en Alemania (Meyer, 1986).

En el DSM-III-R (APA, 1987), esta patología ha sido presentada como un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar, es decir como una pérdida de control que está afectando negativamente los objetivos personales, familiares y/o profesionales del paciente. Como indicara Echeburua y Báez (1990), según este manual de diagnóstico, los criterios para el abuso de sustancias y para el juego patológico son básicamente los mismos si uno sustituye el juego por la sustancia adictiva, con un énfasis especial en la pérdida de control.



A nuestro modo de ver, sin embargo, con la aparición de los nuevos criterios DSM-IV (APA, 1993), donde presentan relevancia diagnóstica tanto las consecuencias del juego como sus posibles factores desencadenantes (ver Tabla 1), se ha dado un paso hacia delante, al sugerir la necesidad de tratamientos tanto sintomáticos como no sintomáticos en esta patología. Y este sentido, si bien la mayor parte de estudios describen tratamientos de abstinencia total (González, 1989; Filteau, Baruch, y Vincent, 1992; Ochoa y Labrador, 1994) y/o parcial (Echeburúa y Báez, 1990), en estudios recientes se enfatizan la necesidad de tratar los problemas de fondo y/o conductas deficitarias de estos pacientes como medio para reducir satisfactoriamente el juego patológico (Blaszczynski, 1993; Kröber, 1991; Hand, 1992).

**Tabla 1.- Criterios diagnósticos DSM-IV para el juego patológico.**

A) Conducta de juego perjudicial y recurrente, caracterizada al menos por cinco de los siguientes síntomas:

1. Preocupación frecuente por jugar.
2. Existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.
3. Intentos repetidos sin éxito para controlar, reducir o parar el juego.
4. Intranquilidad o irritabilidad cuando se intenta reducir o parar el juego.
5. El juego como estrategia para escapar de problemas, o para mitigar un estado de ánimo deprimido o disfórico.
6. Después de perder dinero en el juego, vuelta al día siguiente para intentar recuperarlo.
7. Mentiras a miembros de la familia, terapeutas u otros, para ocultar el grado de importancia del juego.
8. Comisión de actos ilegales como: fraude, falsificación, robo o desfalco, para poder financiar el juego.
9. Arriesgar o perder una relación de importancia, trabajo, u oportunidad escolar o laboral a causa del juego.
10. Engaños repetidos para conseguir dinero con el que mitigar la desesperada situación financiera, en la que se encuentra, debida al juego.

B) La conducta de juego no se encuentra asociada a un episodio maniaco.

Con el presente trabajo pretendemos mostrar un modelo teórico multimodal, como alternativa al modelo de la adicción, para el entendimiento, prevención y tratamiento de este trastorno.

## MODELO MULTIMODAL O DE LA NEUROSIS

Numerosos trabajos científicos sobre el juego patológico, parten de la opinión común de que esta patología es una expresión sintomática de otras enfermedades mentales o trastornos primarios (Hand, 1992). En este sentido, a finales de los años 70 principios de los 80, desarrollamos un modelo teórico que denominamos con el nombre de "modelo multimodal o de la neurosis" (Hand y Kaunisto, 1984), que sirviese como modelo alternativo o complementario al "modelo de la adicción".

Según este modelo teórico causa-efecto (ver Hand, 1986, 1991), el juego patológico seguiría un esquema parecido al plasmado en la figura 1, en donde la presencia de un trastorno neurótico y/o de personalidad de base, podría ser el agente causante o desencadenante de la conducta de juego.

En este sentido, y especialmente en jugadores de "máquinas tragaperras", el juego patológico se encontraría ligado a determinadas situaciones desencadenantes, y presentaría una de las tres funciones siguientes:

1) Estrategia de huida o escape ante un trastorno depresivo producido a consecuencia de situaciones vitales estresantes o traumáticas ("life events"), que irían desde: dificultades sociales (p.e. desempleo), e interpersonales (pérdida/separación de una persona querida), a problemas en el área intrapersonal (aislamiento social). El juego patológico serviría, en este caso, como factor euforizante o activador, ante la falta de tareas, objetivos o metas en la propia vida del paciente.

2) Reducción de situaciones de tensión ante conflictos de no fácil solución (p.e. problemas de pareja y/o familiares).

**Figura 1.- Diagnóstico y tratamiento del juego patológico.**

Trastorno principal	Trastorno mental orgánico	Psicosis	Neurosis Trastorno de personalidad	Adicción	Situaciones estresoras agudas	Psicopatía
Mediadores	Acceso a juegos o situaciones de azar			Factores psicosociales adicionales		
Síntomas conducta	Juego patológico			Delincuencia		
Tratamiento	Atención social	Tratamiento de familia	Tratamiento de pareja	Psicoterapia Terapia de conducta	Tratamiento medicamentoso	Tratamiento abstinencia

(Adaptado de Hand, 1992)

3) Compensación del aislamiento y/o miedos sociales, en muchos de los casos, fruto de déficits de tipo comunicativo (p.e. juego de azar como sustitución de contactos sociales y aburrimiento).

Esta enfoque teórico se vería corroborado por datos empíricos que aparecen en distintos estudios. Y así, Kröber (1991) observó factores desencadenantes del juego patológico similares en 30 jugadores que se encontraban en tratamiento hospitalario.

Volberg y Steadman (1988), por su parte, tras encuestar telefónicamente a 1000 personas del estado de New York y Mariland, observaron que más del 20% de los jugadores patológicos se encontraban en situación de desempleo, valor que era superior significativamente al observado en la población general estadounidense (7%). Bland, y cols. (1993), por su parte, en un estudio epidemiológico, en el que fueron encuestados al azar 7.214 residentes de Edmonton, también observaron mayores tasas de desempleo entre jugadores patológicos (40%).

Así mismo, McCormick, Russo, Ramírez y cols. (1984) evaluaron 50 pacientes ingresados con juego patológico, y observaron depresión mayor en el 76% de la muestra. Resultados que concuerdan a los obtenidos por otros autores (Linden, Pope y Jonas, 1986), que observaron depresión mayor en el 72% de los casos.

Taber, McCormick y Ramírez (1987), observaron que este tipo de pacientes, previamente a la aparición del juego, presentaban un mayor número de estresores ("life-events") que grupos de control.

Si el juego patológico es interpretado bajo este modelo multimodal, el que exista o no un trastorno de personalidad de base, poseerá menor importancia terapéutica que si fuese entendido como un trastorno adictivo, puesto que las situaciones de juego presentarán un peligro especial sólo en personas que se encontrasen en una de las tres situaciones arriba mencionadas, o que padezcan un trastorno psiquiátrico básico, como los descritos en la figura 1. Por lo general, el tratamiento de estos pacientes debería centrarse en los factores causales o desencadenantes que conducen a la aparición de esta patología, y no en las conductas de juego. A nuestro modo de ver, sólo en una minoría de pacientes se haría necesario un tratamiento específico de abstinencia.

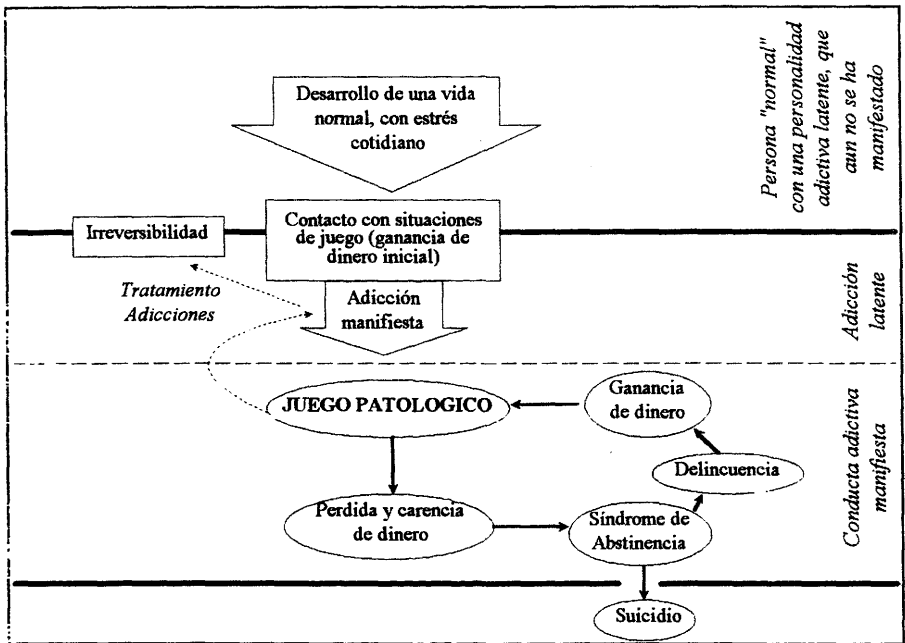
## **CONSECUENCIAS TERAPÉUTICAS DEL ENTENDIMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO BAJO UN MODELO MULTIMODAL VS. MODELO DE LA ADICCIÓN.**

La utilización de uno u otro modelo etiológico, para el entendimiento del juego patológico, repercutirá en la orientación terapéutica posterior a seguir con nuestros pacientes.

**Modelo de la adicción (ver figura 2)**

Siguiendo este modelo teórico, se partiría de la idea de que tras unos primeros contactos fortuitos con situaciones de juego, con el correspondiente reforzamiento positivo tras haber obtenido ganancias económicas, que hasta entonces estaba oculta aparecerá una adicción al juego de forma manifiesta. La persona que padece este trastorno, podría recurrir entonces a asociaciones como jugadores anónimos (Gamblers Anonymous) para superar las consecuencias negativas de su conducta. Si ello no fuese así, el paciente se *verá obligado*, debido a su adicción, a jugar hasta que no tenga más dinero.

**Figura 2.- Modelo de la adicción para el entendimiento del juego patológico.**



(Adaptado de Hand, 1992)

Si en este momento dejase las situaciones que elicitán el juego, aparecerá un "síndrome de abstinencia". Para la superación del mismo, el jugador necesitará conseguir de forma ilegal, o a través de un endeudamiento personal y/o familiar, mayor cantidad de dinero que le permita seguir jugando. En cuanto este dinero esté al abasto, el paciente tendrá la "necesidad", a consecuencia de su adicción, de buscar nuevas situaciones de juego. Bajo este modelo, tanto los "síntomas de abs-

tinencia", como la conducta de juego tras la adquisición de dinero, serán vistos como prueba ineludible de la existencia de una adicción. En este caso, un tratamiento contra las adicciones, similar al empleado con toxicómanos, y grupos de auto-ayuda (jugadores anónimos) serán los tratamientos normalmente elegidos; a pesar de no existir suficientes estudios experimentales que demuestren su eficacia a largo plazo (ver Tabla 2).

**Tabla 2.- Tipo de técnicas de tratamiento empleadas en función del paradigma empleado en el juego patológico.**

Paradigma	Objetivos	Técnicas
Modelo de la adicción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control y abstinencia del sujeto ante el juego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Control de estímulos</li> <li>♦ Exposición con prevención de respuesta</li> <li>♦ Protocolos conductuales para el reconocimiento de estímulos discriminativos que elicitán la conducta de juego</li> <li>♦ Técnicas aversivas</li> <li>♦ Técnicas cognitivas</li> <li>♦ Técnicas de asesoramiento familiar</li> </ul>
Modelo de la neurosis-multimodal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento de factores desencadenantes de la conducta de juego</li> <li>• Resolución adecuada de problemas primarios al juego</li> <li>• Tratamiento de déficits intra e inter-personales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Protocolos conductuales para el reconocimiento de situaciones problema</li> <li>♦ Tratamiento sintomático de problemas de fondo o primarios (depresión, fobia social, etc.)</li> <li>♦ Técnica de resolución de problemas</li> <li>♦ No control de estímulos</li> </ul>

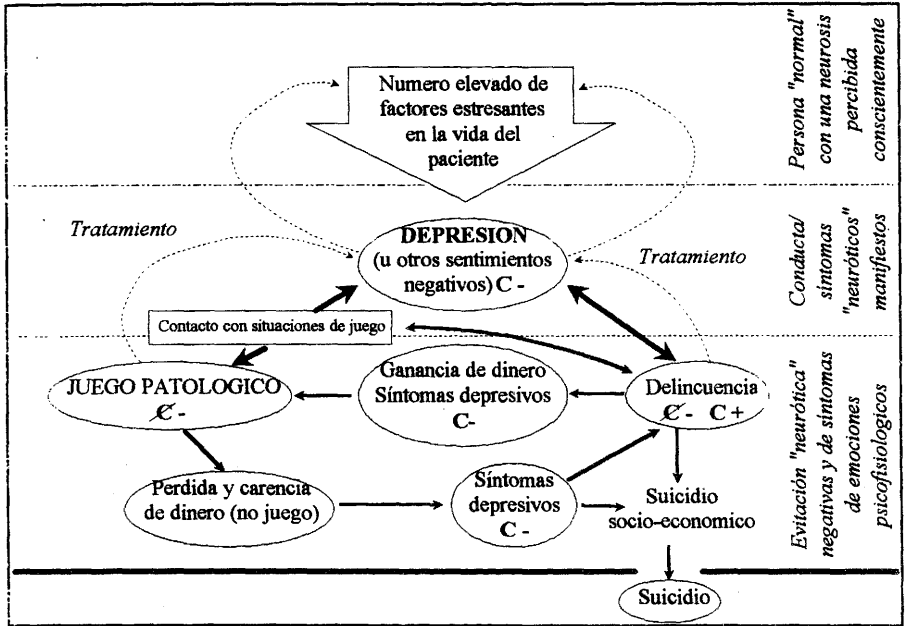
Desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje, se podría hablar de una "desesperanza aprendida" de los expertos al encontrarse ante un trastorno que difícilmente sería influenciado, por existir una personalidad "adictiva" de fondo, y requeriría un tratamiento de larga duración.

**Modelo multimodal (ver Figura 3):**

El mismo paciente podría haber sido explorado y estimado, de forma totalmente distinta por un terapeuta de conducta que no partiera de la existencia de un trastorno adictivo de base, sino que contemplara el juego patológico como un trastorno secundario a un trastorno neurótico de base. Durante una primera entre-

vista intensa y de larga duración con el paciente (incluso de hasta varias horas), que ayude a superar sus barreras emocionales, se conseguirá hacerle consciente de problemas y conflictos reales en su vida que hasta el momento no habían sido percibidos como tales.

Figura 3.- Modelo de la neurosis para el entendimiento del juego patológico.



(Adaptado de Hand, 1992)

Bajo este modelo, el juego patológico sería entendido de la siguiente forma: tras contactos iniciales fortuitos con situaciones de juego, el paciente notaría que se encuentra anímicamente mucho mejor durante estas situaciones. Es decir, el paciente buscaría repetidamente ir a jugar, pues será ésta la única situación y tarea con la que no se encuentra a disgusto. Y así, la conducta de juego se verá reforzada positivamente.

Si este paciente, a consecuencia de las correspondientes pérdidas económicas, no pudiera jugar durante un tiempo determinado, se encontraría de nuevo confrontado con los problemas de fondo (p.e. sintomatología depresiva), que ya poseía antes, pero que parcialmente se hallaban ocultos, o enmascarados, con la conducta de juego. En este tipo de pacientes, la conjunción de determinados factores podría producir incluso la aparición de conductas delictivas, como por ejemplo, la situa-

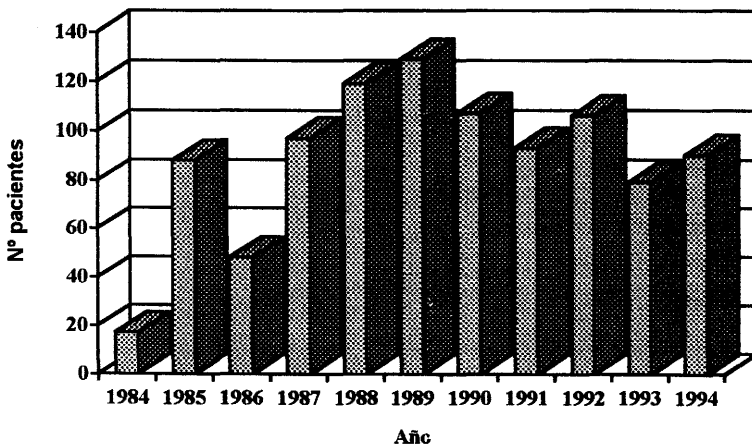
ción en la que el paciente al carecer de dinero para seguir jugando, e influenciado por el grupo de "amigos" del local de juego, decida realizar conductas delictivas con este propósito. En estos casos, la realización de conductas delictivas presentará una doble funcionalidad: interpersonal (C+, es decir reforzamiento positivo por parte del grupo) e intrapersonal (C-, es decir, reforzamiento negativo, o de escape ante una situación aversiva como sería un estado anímico depresivo).

El modelo de la depresión para el entendimiento del juego patológico, como un ejemplo dentro del modelo multimodal o de la neurosis, aparece reflejado en la figura 3.

Bajo este modelo teórico, si se consigue un diálogo terapéutico con jugadores patológicos, y por tanto el esclarecimiento de los factores desencadenantes tanto intrapersonales como interpersonales del trastorno, tendremos la posibilidad de ofrecer un tratamiento que esté centrado en los agentes causantes de la conducta de juego. Hecho que obviamente hará mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Y en este sentido, en un estudio de seguimiento, que realizamos con 50 pacientes tratados ambulatoriamente en nuestro Servicio, obtuvimos una recuperación en el 65% de los casos tras un año de seguimiento (Klepsch, Hand, Wlazlo, Friedrich, Fischer y Bodek, 1989). Resultados positivos que se han ido repitiendo, tras las más de 1.000 exploraciones ambulatorias llevadas a cabo en nuestro Servicio (ver Figura 4), entre 1984 y 1994.

**Figura 4.- Número de jugadores patológicos entrevistados en el Hospital Psiquiátrico Universitario de Hamburgo entre 1984 y 1994.**



## DESCRIPCIÓN DE CASOS

Las consecuencias que se deducen de la aplicación de un "modelo multimodal" y las repercusiones que ello poseerá en el tratamiento posterior, se observarán más claramente si tomamos como referencia tres casos clínicos concretos. En éstos, aparecerán reflejados los tres factores desencadenantes, mencionados anteriormente, más comunes en jugadores patológicos y que generarán 3 tipos de hipótesis explicatorias distintas de este trastorno.

### **Paciente 1 (hipótesis de la depresión):**

David, paciente de 25 años, casado y padre de dos hijas (4 y 2 años de edad), actualmente en paro, juega a las máquinas tragaperras desde hace 4 años. Su frecuencia de juego es de 1-2 veces por semana, con unas pérdidas semanales de 300 Marcos alemanes (unas 25.000 ptas. aproximadamente). Las deudas actuales debidas al juego superan el 1.500.000 ptas. La relación de pareja se está deteriorando como consecuencia de su conducta de juego.

Tres meses tras el nacimiento de su primera hija, David comenzó a jugar. El desarrollo de su hija mayor desde un principio, no fue tal como él se habría esperado, pues ella padece una grave enfermedad (trastorno de absorción intestinal atípico), con pronóstico muy grave, que puede provocar su muerte en cualquier momento, y que motiva que desde un principio esté hospitalizada y conectada a una máquina. David, que había sido una persona muy extrovertida y con muchos contactos sociales y que se alegró mucho al ver que sería padre, tras el nacimiento de su primera hija comenzó de repente a aislarse, carecer de interés por contacto social alguno, a llorar con frecuencia, y a presentar trastorno del sueño y falta de apetito. El paciente se hace continuamente reproches por la situación en la que se encuentra su hija y ha pensado varias veces en suicidarse. Tanto David como su mujer no han podido aceptar la desgraciada situación de su hija y presentan con frecuencia sentimientos de culpa al respecto.

Estos pensamientos depresivos y sentimientos de tristeza, son los desencadenantes mayoritariamente de la conducta de juego en David. El juego serviría en este caso como medio para olvidar, aunque sea durante algunas horas, su situación de desesperación, y por tanto como estrategia para escapar de sentimientos negativos y pensamientos suicidas propios de la depresión en la que se encuentra.

### **Paciente 2: (hipótesis: problemática de pareja)**

Andrés es un paciente de 33 años, casado, agente de seguros de profesión. Este paciente juega desde hace 5 años a las máquinas tragaperras. Su frecuencia de juego es de 3-4 veces por semana, con unas pérdidas de 1500 Marcos alemanes (unas 140.000 ptas.) mensuales. Las deudas actuales debidas al juego superan los



5.000.000 ptas. La relación de pareja es descrita como muy conflictiva a causa de juego.

Tras una exploración detallada, se observa que antes de la aparición de la conducta de juego ya existían insatisfacciones y conflictos en la pareja: el paciente estaba muy descontento con las relaciones sexuales con su esposa, existencia de desacuerdos respecto a la planificación del futuro común, así como disgusto del paciente con el carácter "dominante" de su esposa ("mi mujer siempre quiere decidir en todo"). Las situaciones desencadenantes de juego eran en la mayoría de los casos, discusiones y conflictos de pareja. A través del juego, el paciente encontró un camino para reducir el estrés generado en la relación con su esposa, así como una forma de "atacarle" o enojarle. Ante una cronificación de los conflictos matrimoniales, la conducta de juego adquirió para el paciente la función "no consciente" de forzar una separación. Y así, nada más comenzar el tratamiento, y tras una conducta de juego, la mujer se separó de él. Andrés tras este momento dejó de presentar conducta de juego alguna.

**Paciente 3 (hipótesis: miedos sociales y déficit comunicativos):**

Rafael es un paciente de 31 años de edad, soltero, mecánico de profesión. Juega desde hace 13 años a las máquinas tragaperras, con una frecuencia semanal de 4-5 veces, con pérdidas medias semanales de 400 Marcos alemanes (unas 35.000 ptas.). Las deudas actuales debidas al juego superan los 2.000.000 ptas.

El paciente no tiene amigos ni conocidos con los que entablar relaciones sociales. Evita determinadas situaciones sociales por miedo a hacer el ridículo (p.e. ir a cafés, o a lugares muy visitados por el público). Vive solo, y reacciona frecuente con timidez ante un diálogo con otras personas, y especialmente ante las mujeres. No ha tenido nunca relaciones heterosexuales, ni ha salido nunca con una chica, por miedo a preguntarle, y a no saber de que hablar. Tanto estos miedos sociales, como sus déficits comunicativos le impiden al paciente realizar una vida social normal. Durante su tiempo libre, si bien le gustaría salir con otras personas, carece de contactos sociales. Estas situaciones serán comúnmente los desencadenantes de la conducta de juego en Rafael, pues según él, "al menos cuando me encuentro en el salón de juego estoy rodeado de gente, y hablo con alguien".

En este caso, el juego actuaría como "mecanismo de escape y/o evitación" ante miedos y fobias sociales; en donde déficits en habilidades comunicativas y escasos recursos ante el tiempo libre actuarían como factores mantenedores del problema.

## CONCLUSIONES

Como se puede observar, tras la descripción de estos casos, una adecuada exploración y análisis conductual que determine los factores desencadenantes, mantenedores y consecuentes del trastorno, serán de vital importancia para una adecuada orientación diagnóstica y terapéutica posteriores.

Si bien una terapia sintomática muestra su efectividad en el tratamiento de numerosos problemas conductuales (Fernández y Vandereycken, 1994; Hand, Lamontagne, y Marks, 1974; Hand y Zaworka, 1982; Marks, 1987), a nuestro modo de ver, en el juego patológico estaría indicado, en la mayoría de los casos, un tratamiento no sintomático. Es decir, un tratamiento conductual que se no se centrara en la conducta de juego, sino en los problemas de fondo o factores causales, tales como: depresión, conflictos de pareja y fobia social y/o déficits comunicativos, si tenemos en cuenta los tres casos clínicos arriba mencionados. Nuestra experiencia nos indica que, una vez sean solucionados adecuadamente estos problemas de base, disminuirá paralelamente la conducta de juego en la mayoría de los casos, en los que una adicción de sustancias tóxicas no se encuentre adicionalmente presente.

Como es evidente, y nos demuestra la literatura, la utilización del modelo de la adicción o de la neurosis influirá tanto en el entendimiento del problema, como en la determinación de los objetivos del tratamiento y en las técnicas a ser empleadas durante el mismo (ver Tabla 2). En la actualidad, las modalidades terapéuticas más comúnmente utilizadas con jugadores patológicos son: tratamiento de abstinencia de larga duración ambulatorio o con internamiento, terapia conductual ambulatoria de corta o larga duración y grupos de auto-ayuda. Bajo nuestra experiencia, sin embargo, estaría especialmente indicada la utilización de una terapia conductual ambulatoria de corta duración (3-4 meses).

Estudios sobre la efectividad de distintos procedimientos terapéuticos, con y sin medicación adicional, faltan en la literatura. En un futuro, deberían realizarse esfuerzos conjuntos para intentar determinar, no sólo qué procedimiento son los más adecuados, sino también con qué tipo de pacientes será aconsejado aplicar determinadas técnicas.

## REFERENCIAS

- Arribas Saiz MP y Martínez Sánchez J. Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos. *Análisis y modificación de conducta*, 1991, 17: 255-269.

- Echeburúa Odriozola E y Báez Gallo C. Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1990, 8: 127-146.
- Fernández F y Vandereycken W. Influence of Video-confrontation on the self-evaluation of Anorexia nervosa patients. A controlled Study. *Eating Disorders: Treatment and Prevention*, 1994, 2: 135-140.
- Filteau MJ, Baruch P y Vincent P. Le jeu pathologique: une revue de la littérature. *Can J Psychiatry*, 1992, 37: 84-90.
- González Ibañez A. *Juego patológico. Una nueva adicción*. Madrid: Tibidabo, 1989.
- González Ibañez A, Mercadé P, Aymamí N y Pastor C. Variables de personalidad, juego patológico. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1990, 17: 203-209.
- Hand I. Verhaltens und Kognitive Therapie in derr Psychiatrie. En: Kisher y cols., (eds.). *Psychiatrie der Gegenwart* (vol.1). Berlin: Springer, 1986.
- Hand I. Ambulante Kurzzeit-Verhaltenstherapie bei pathologischem Spielen - Theorie, Inhalte und Langzeitergebnisse. Ein Modell zum Verständnis und zur Therapie von "Abhängigkeitserkrankung"?. *Verhaltenstherapie*, 1991, 3.
- Hand I. Pathologisches Spielen und delinquentes Verhalten. En: Payk Th, (ed.). *Dissozialität: psychiatrische und forensische Aspekte*. Stuttgart-New York: Schattauer, 1992.
- Hand I y Kaunisto E. Multimodale Verhaltenstherapie bei problematischem Verhalten in Glückspielsituationen. *Suchgefahren*, 1986, 30: 1-14.
- Hand I, Lamontagne Y y Marks I. Group exposure (flooding) in vivo for agoraphobics. *Br J Psychiatry*, 1974, 124: 588-602.
- Hand I y Zaworka W. An operationalized multisymptomatic model (OMMON): toward a reintegration of diagnosis and treatment in behavior therapy. *Arch Psychiatr Nervenkr*, 1982, 232: 359-379.
- Klepsch R, Hand I y Wlazlo Z. Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei bei krankhaftem Glückspielen III: Zweite prospektive Katamnese der Hamburger Projektstudie. *Suchgefahren*, 1989, 35: 35-49.
- Kröber HL. Automaten spieler und Roulettespieler. Psychoatrische und kriminologische Diffrenzen. *Nervenarzt*, 1991, 62: 670-675.
- Marks I. *Fear, phobias and rituals*. New York, Oxford: Univ. Press, 1987.
- McConaghy N, Armstrong M, Blasczynsky A y Allcok C. Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. *Behav Modif*, 1988, 12: 371-384.

- McCormick RA. Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addictive Behaviors*, 1993, 18: 331-336.
- McCormick RA, Russo AM, Ramírez LF y Taber JI. Affective disorders among pathological gamblers in treatment. *Am J Psychiatry*, 1984, 141: 215-218.
- McCormick RA, Taber JI y Kruegelbach N. The relationship between attributional style and posttraumatic stress disorder in addicted patients. *Journal of traumatic stress*, 1989, 2: 477-487.
- Mercadé PV, González Ibañez A, Pastor C y Aymamí N. Juego patológico y grupo: una posibilidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 1990, 16: 19-24.
- Ochoa E, Labrador FJ, Echeburúa E, Becoña E y Vallejo MA. *El juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés, 1994.
- Roy A, Adinoff B, Roehrich L, Lamparski D, Custer R, Lorenz V, Barbaccia M, Guidotti A, Costa E y Linnoila M. Pathological gambling. *Arch Gen Psychiatry*. 1988, 45: 369-373.
- Taber JI, McCormick RA y Ramirez LF. The prevalence and impact of major life stressors among pathological gamblers. *Int J Addict*, 1987, 22: 71-79.
- Vollberg RA y Steadman HJ. Refining prevalence estimates of pathological gambling. *Am J Psychiatry*, 1988, 145: 502-505.

## EL SUICIDIO CONSUMADO EN GUIPUZCOA, 1990-92

**Juan Manuel Gutiérrez García**  
*Gabinete de Psicología "Eustress".*  
*Galdakao. Bizkaia.*

### RESUMEN

Se analiza la conducta suicida en Guipúzcoa durante el trienio 1990-1992, hallándose una tasa total de 9,56 por cada 100.000 habitantes, y de 13,27 y 5,94 para varones y mujeres, respectivamente, y desglosándose su ocurrencia en los diferentes Partidos Judiciales. Se confirman hallazgos anteriores: el suicidio crece con la edad, lo cometen el doble de hombres que de mujeres (con una enorme subida en los varones jóvenes), diferenciándose los sexos en la elección del mes de ocurrencia y en los métodos a utilizar. Se practica más en las zonas de alta densidad poblacional.

**Palabras clave:** Suicidio consumado. Epidemiología. Guipúzcoa. Diferencias intersexos.

### ABSTRACT

We analyze suicide behaviour in province of Guipuzcoa, during the period 1990-1992. We have found a global rate of 9.56 per 100.000 inhabitants (13.27 and 5.94, for men and women, respectively), and we have separated the relative occurrence in the different Judicial Districts. We also confirm prior findings: the more aged, the more prone to commit suicide (with a great amount of young

men); males did it twice than females ; the method and the months depend on individuals' sex. Suicide is most frequently used in densely populated areas.

**Key words:** Suicide. Epidemiology. Guipuzcoa. Sex-related differences.

## INTRODUCCION

El Suicidio constituye un grave problema de Salud Pública. La concienciación por parte de las Autoridades Sanitarias y Administrativas del verdadero alcance de este fenómeno, ha de ser la consecuencia directa de una correcta especificación epidemiológica del mismo. Sin embargo, es necesario aceptar que, hoy por hoy, no se da ninguna de las dos. Nuestro objetivo es aliviar, siquiera en parte, esa carencia.

Dada nuestra intención de llevar a cabo un estudio cuantitativo referido al fenómeno suicida y a su incidencia en el Estado Español, a partir de los datos de los Institutos Anatómico-Forenses, el que presentamos hoy no es sino el comienzo de una serie de investigaciones que intentarán acercar la realidad de los actos suicidas a aquellos especialistas interesados de una u otra forma en el tema.

## MATERIAL Y METODO

Los datos han sido recogidos por el Instituto Anatómico Forense de Donostia/San Sebastián y Bergara, que nos han suministrado de cada caso la siguiente información:

- Día, mes y año.
- Sexo, edad, localidad y método utilizado.
- Con estas variables, y con otras dos más (extraídas de las anteriores: el día de la semana y la estación), hemos llevado a cabo el presente estudio.

Es de resaltar la ausencia de una variable importante a la vez que tópica en este tipo de investigación: el estado civil. En esta ocasión, no ha sido posible conseguirlo de las bases de datos establecidas.

Los datos se refieren a todas aquellas muertes violentas ocurridas en el Territorio Histórico de Guipúzcoa durante el período 1990-92, cuya autopsia ha sido realizada ya en el Servicio de Medicina Legal del Partido Judicial de Bergara, ya en el Instituto Anatómico-Forense de Donostia/San Sebastián (donde se centralizan todos los restantes datos de la zona), y cuya etiología suicida ha sido establecida y consignada por el médico forense correspondiente.

Las tasas han sido calculadas a partir de los datos de población del Censo de 1991 realizado por el Instituto Vasco de Estadística (Instituto Vasco de Estadística/EUSTAT, 1992 y 1993), y tomando siempre como base de cálculo -salvo especificación contraria- las Poblaciones de Hecho (pensamos que es un dato más correcto, dado que se toma la población que se ha suicidado en Guipúzcoa durante el periodo antedicho, sin tener en cuenta su procedencia).

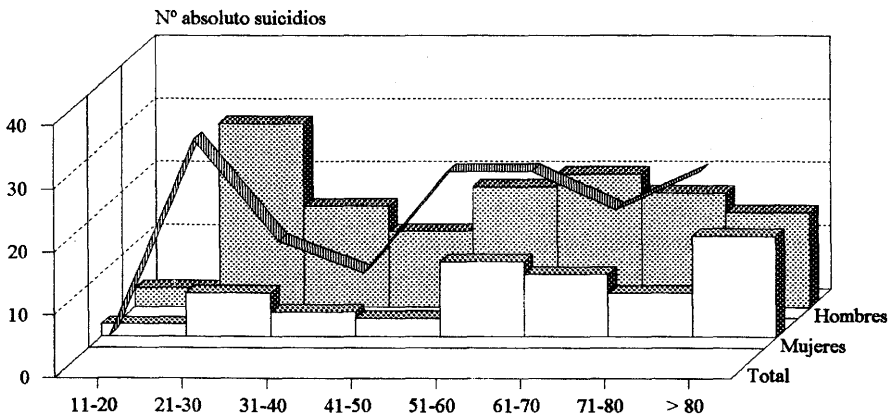
Hemos analizado además la ocurrencia suicida por zonas, basándonos en las poblaciones correspondientes a los Partidos Judiciales (muy similares pero no idénticos en todos los casos a las Comarcas Estadísticas) establecidos en el Territorio Histórico de Guipúzcoa; también hemos cruzado estos Partidos por otras variables para observar el distinto desarrollo del fenómeno.

## RESULTADOS

Tenemos, a la sazón, un total de 194 casos, de los cuales 133 son varones y 61 mujeres. La razón es, pues, de 2,2 a favor de los hombres. ( $\chi^2 = 28.9$ ; g.l. = 1;  $p < 0.001$ ).

La distribución de los suicidios por décadas y sexo puede observarse en la Figura 1. Se observa una clara estructura bimodal en los hombres (con las modas en los tramos 21-30 y 61-70), y un escalonamiento creciente e irregular (con "picos" y "valles") para las mujeres. A partir de ahora, todas las restantes variables serán confrontadas a la variable EDAD, categorizada por cuestiones prácticas en cuatro grupos: (10-24), (25-44), (45-64), y (más de 64 años). Las diferencias entre estos grupos resultan estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 72.5$ ; g.l. = 3;  $p < 0.0001$ ).

Figura 1.- Distribución por décadas.



El mecanismo más utilizado por ambos sexos fue la Precipitación (29,4 % de los casos), seguido del Ahorcamiento (21,1 % del total), el Arrollamiento por tren (12,4 %), la Sumersión (10,8 %), las Armas (9,8 %) y la Intoxicación o Envenenamiento (9,3 %); (Tabla 1). La diferencia entre éstos es significativa, estadísticamente hablando, (CHI cuadrado = 144.2; g.l. = 8;  $p < 0,001$ ). Sin embargo, la distribución no ha sido ni mucho menos homogénea, según el sexo (véase Figura 2). Podemos observar, teniendo en cuenta exclusivamente el subconjunto masculino, que los métodos más usados han sido el Ahorcamiento (26,3 %) y la Precipitación (22,6 %), seguidos a bastante distancia por las Armas (13,5 %), el Arrollamiento por tren (12,8 %), y el Envenenamiento (9,8 %). Las mujeres, sin embargo, han preferido de forma mayoritaria la Precipitación (44,3 %) para acabar con sus vidas; le siguen la Sumersión (16,4 %), el Arrollamiento por tren (11,5 %), el Ahorcamiento (9,8 %) y el Envenenamiento (8,2 %). Desconocemos el método usado en 10 casos, 7 varones y 3 mujeres (lo que representa un 5,3 % y un 4,9 % de sus propios colectivos).

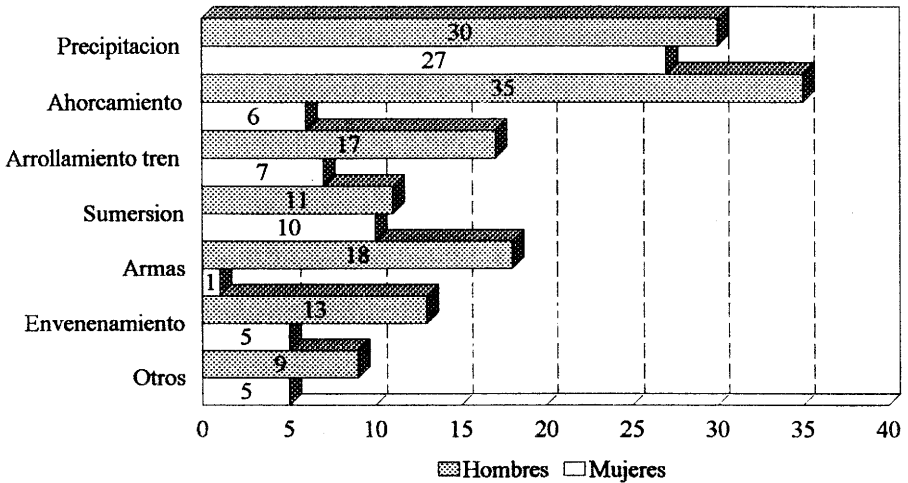
**Tabla 1.- Distribución del mecanismo suicida por sexos**

Varones			Mujeres		
Métodos	Nº	%	Métodos	Nº	%
Ahorcamiento	35	26.3	Precipitación	27	44.3
Precipitación	30	22.6	Sumersión	10	16.4
Armas	18	13.5	Arrollamiento tren	7	11.5
Arrollamiento tren	17	12.8	Ahorcamiento	6	9.8
Envenenamiento	13	9.8	Envenenamiento	5	8.2
Otros	13	9.8	Otros	3	4.9

(Se desconoce el método utilizado por 7 varones y 3 mujeres, lo que supone un 5,3 % y un 4,9 %, respectivamente).

La proporción de ocurrencia general inter-sexos (2,2:1), crece desmesuradamente con algunos métodos: así, el uso de Armas ostenta una razón de 18:1, y el Ahorcamiento, 5,8:1, siempre a favor de los hombres. En el resto, sin embargo, se mantiene más o menos intacta dicha proporción: Envenenamiento 2,6:1, Arrollamiento de tren, 2,4:1; en las demás la ratio disminuye: Precipitación y Sumersión, 1,1:1. Estas diferencias de método según el sexo son estadísticamente significativas ( $\text{Chi}^2 = 20,958$ ; g.l. = 6;  $p < 0,002$ ). Se observa, como ya indicamos, una mayor concentración de métodos en las mujeres.



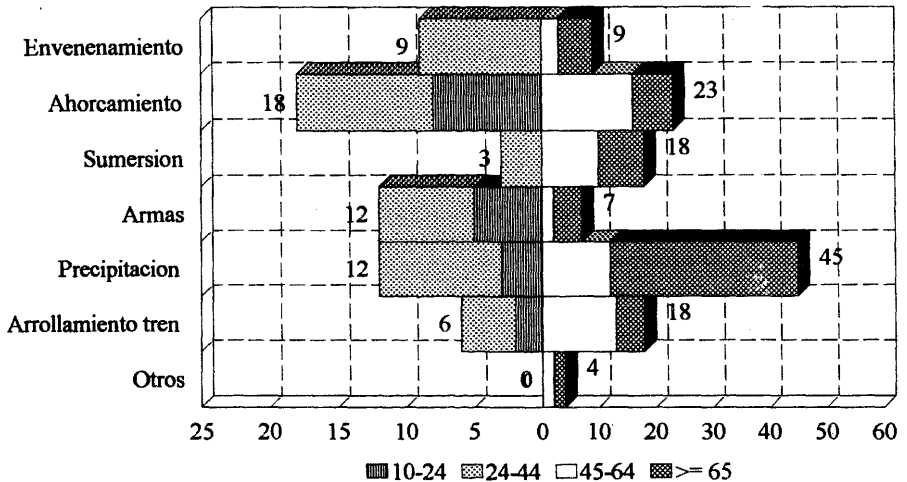
**Figura 2.- Distribución de métodos por sexo.**

Por cierto que también es significativa la distinta distribución de los métodos a lo largo del período estudiado ( $\chi^2 = 22,2$ ; g.l.= 12;  $p < 0,04$ ). La variación se explicita del siguiente modo: La Precipitación, las Armas y el Envenenamiento descienden conforme se avanza en el tiempo; el Ahorcamiento y el Arrollamiento por Tren aumentan. Abundando en esto, digamos que la edad media de la población general es de 53,6 años, dada la enorme mayoría de suicidas ancianos. Por sexos, los hombres tienen una media de 51,0 años y las mujeres bastante más, 59,7 años (casi nueve años de diferencia). Veamos ahora la edad media que, en cada sexo, ostentan los sujetos que han optado por cada uno de los distintos mecanismos suicidas:

Mecanismo	Varones	Mujeres
Envenenamiento	46,2	61,4
Ahorcamiento	44,7	51,0
Sumersión	59,4	58,4
Armas	38,4	---
Precipitación	62,2	63,7
Arrollamiento Tren	53,9	53,0
Otros	64,0	63,0

Analizaremos ahora, siquiera brevemente, alguno de los métodos más utilizados, relacionándolos con los distintos tramos etarios (Figura. 3). Los que utilizan como método la Precipitación, representan como decíamos anteriormente el 29,4 % del total de los casos, siendo el 44,3 % de las mujeres y el 22,6 % de los varones. Se distribuyen de manera parecida al grupo general; utilizan con mayor frecuencia la Primavera (meses de Abril y Mayo), con un enorme pico en Agosto; los días de la semana con mayor frecuencia son Lunes y los días intermedios. Es el método de preferencia de los mayores de 64 años (49 %), constituyendo la quinta parte de los efectivos de los grupos (45-64) y (25-44), y algo menos en los más jóvenes (13 %).

Figura 3.- Distribución de métodos por edad.

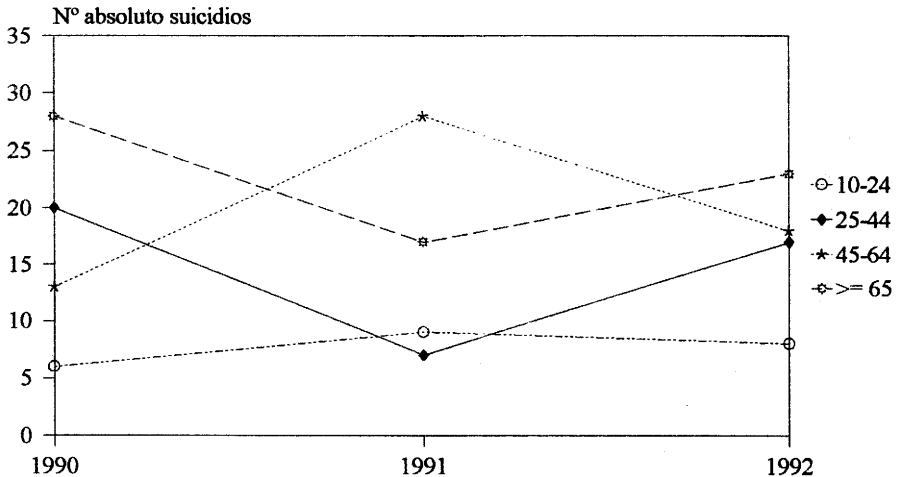


El Ahorcamiento se utiliza fundamentalmente en Primavera y Verano, los días intermedios de la semana. Al contrario que con la Precipitación, disminuye el uso de este método y el de las Armas conforme se aumenta la edad, ocurriendo lo mismo con el Envenenamiento (apenas sólo utilizado por los más jóvenes). El Arrollamiento por tren es, sin embargo, un método mayoritariamente utilizado (22%) por el grupo de (45-64) años, sobre todo en Verano y Otoño, los Lunes y Miércoles. También estas diferencias expuestas entre los distintos métodos utilizados por los cuatro grupos de edad, resultan estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 56.8$ ; g.l. = 18;  $p < 0.001$ ).

Teniendo en cuenta los años, hay una ligera inflexión en 1991, de nula significación. Las cantidades globales son: 1990, 67 casos; 1991, 61 casos; 1992, 66

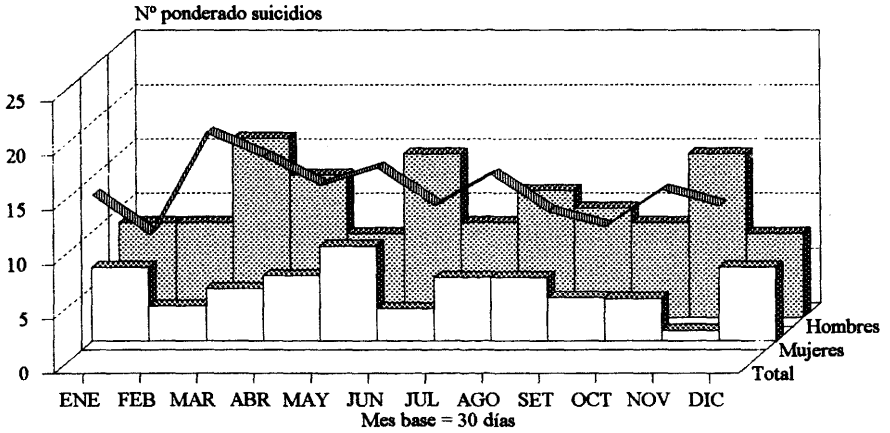
casos. La diferencia observada entre los cuatro grupos de edad de ambos sexos, a lo largo de los tres años objeto de estudio, ha resultado significativa ( $\text{Chi}^2 = 15,55$ ;  $g.l. = 6$ ;  $p < 0,02$ ), como también lo ha sido exclusivamente en el grupo masculino ( $\text{Chi}^2 = 15,0$ ;  $g.l. = 6$ ;  $p < 0,002$ ). La diferente distribución de tramos etarios por años (Figura. 4), estriba en lo siguiente: Los más jóvenes han aumentado algo (aunque sigue siendo poco, en términos absolutos); los pertenecientes al tramo (25-44) han caído en 1991, y los de (45-64) años han aumentado mucho ese mismo año. Los más mayores, tras caer un poco en 1991, se mantienen. El año 1991 ha sido, en suma, un año de cambios para los distintos tramos.

**Figura 4.- Distribución de edad por años.**



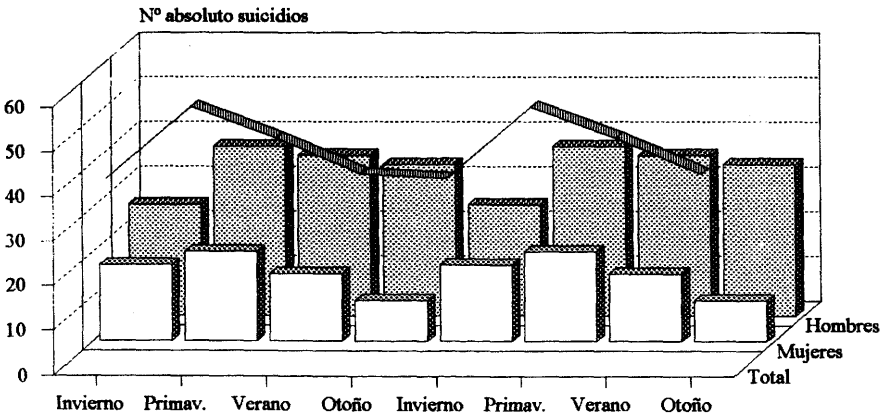
La distribución de los suicidios según los meses, puede verse en la Figura. 5 (hemos tenido la precaución de homogeneizar la variable mes, calculando siempre la estimación proporcional del suicidio para 30 días). Se observa una diferente distribución según los sexos: los hombres muestran una estructura multimodal, con picos en Marzo-Abril, Junio y Noviembre. Las mujeres, por su parte, observan un desarrollo bimodal, con picos en Diciembre-Enero y Mayo. Es curioso apreciar que los picos en los varones coinciden con mínimas cotas en las mujeres. Por edades, los grupos (10-24) y (25-44) ostentan picos en Junio y Marzo; descuellan los de (45-64) años por sus valles en Abril y Diciembre, mientras que los de 65 o más años, añaden a sus valles en Febrero y Junio un tremendo pico en Abril.

**Figura 5.- Distribución según los meses.**



En cuanto a las estaciones, resulta ser la Primavera la que concita más actos suicidas por parte de ambos sexos, (Figura. 6, donde hemos duplicado el año para observar mejor la tendencia), descendiendo suavemente hacia los mínimos valores, que se dan en Invierno para los hombres y en Otoño para las mujeres. Es decir, las estaciones que más suicidios concitan son, para los hombres, Primavera y Verano, y para las mujeres, Primavera e Invierno. Por tramos de edad, los grupos (10-24) y (25-44) coinciden entre ellos y con la población general, de manera muy similar a los de (45-64 años) en los que el pico se desplaza al Verano. Los más mayores dan la sorpresa: su pico se halla en Primavera, pero su valle en Verano.

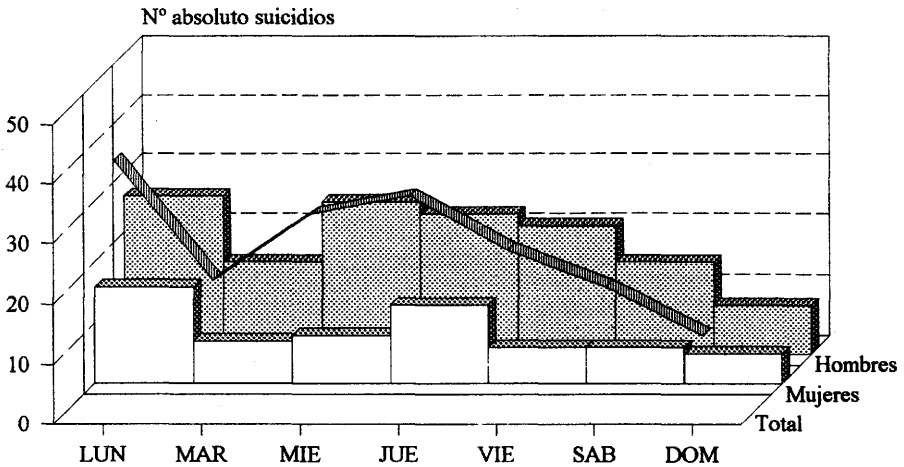
**Figura 6.- Distribución según estaciones.**



En lo que se refiere a los días del mes, se observa en los hombres una menor propensión al suicidio conforme avanza el mes, mientras que las mujeres actúan de forma absolutamente opuesta. Todos los tramos de edad coinciden con el comportamiento de la población general masculina, excepto el grupo mayor de 64 años, en el que se aprecia mayor tendencia al suicidio conforme se acerca el final de mes.

En cuanto a los días de la semana (Figura. 7), la cota más alta se da el Lunes, cayendo el Martes, recuperándose de nuevo para volver a caer a partir del Jueves; las diferencias son significativas ( $\chi^2 = 21.5$ ; g.l.= 6;  $p < 0.002$ ). Los tramos (10-24) y (45-64) siguen esta misma tónica. Los de (25-44) años tienen sus picos Lunes y Viernes, y los mayores los días Jueves y Sábado.

**Figura 7.- Distribución según los días.**



Las tasas observadas para el Territorio Histórico de Guipúzcoa son las siguientes (por cada 100.000 habitantes): **9,56 para la población total; 13,27 para los varones y 5,94 para el conjunto de las mujeres.**

En cuanto a las tasas por tramos de edad para la población global, véase la Tabla 2.

Tabla 2.- Distribución de las tasas suicidas por sexo y edad.

Tramos Edad	Total	Varones	Mujeres	Ratio*
11-20	1.5	1.8	1.2	1.5
21-30	10.7	16.8	4.2	4.1
31-40	6.7	10.6	2.7	4.0
41-50	5.5	8.7	2.2	4.0
51-60	13.4	16.5	10.3	1.6
61-70	15.6	22.5	9.5	2.1
71-80	21.9	41.1	10.0	2.6
> 80	56.5	89.3	42.0	0.9

\* La ratio inter-sexos se calcula sobre los datos brutos.

Respecto a las tasas de los distintos Partidos Judiciales, véase la Tabla 3, cuya plasmación gráfica -además de su delimitación geográfica- puede observarse en la Figura. 8.

Tabla 3.- Distribución de las tasas suicidas según sexo y Distritos Judiciales.

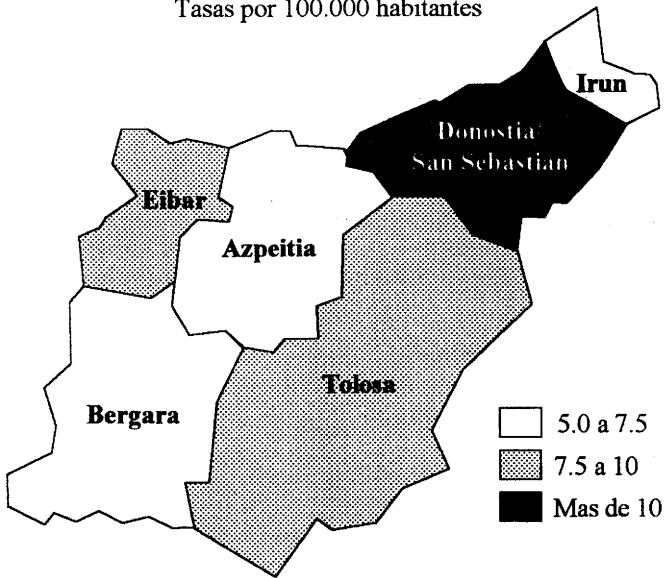
Distritos	Total	Varones	Mujeres	Ratio*
Azpeitia	6,22	8,0	4,5	1,75
Bergara	5,06	9,6	0,7	13,00
Donostia	11,60	14,7	8,6	1,68
Eibar	8,34	11,3	5,5	2,00
Irún	6,99	9,1	4,9	1,80
Tolosa	8,02	10,9	5,3	2,00

(No ha sido posible determinar su adscripción a ningún Distrito Judicial en 11 casos, 9 hombres y 2 mujeres). \* La ratio inter-sexos se calcula sobre los datos brutos.

Con el objeto de determinar la mayor o menor ocurrencia del suicidio ante el binomio urbano/rural -aludiendo a la célebre observación del "padre" de la Sociología, Emilio Durkheim, (Durkheim,1981)- y a falta de mayor especificidad de los datos, hemos analizado las densidades y la distinta distribución por Partidos del fenómeno estudiado,(véase la Figura. 8), concluyendo que, en Guipúzcoa y para el período 1990- 1992, el suicidio no está correlacionado con la densidad de población salvo en una muy escasa medida ( $r$  de Pearson= 0,545; N.S.) que no resulta estadísticamente significativa. Más adelante ahondaremos sobre este particular.

**Figura 8.- Distribución de tasas suicidas.**

Tasas por 100.000 habitantes



Los diferentes Partidos Judiciales se diferencian también en la distribución de sus suicidios. Veamos cómo:

- Respecto a la ESTACION del año, la Primavera es la más utilizada en Tolosa, y el Verano en Donostia y Eibar. El resto son regulares (y hay que tener en cuenta su pequeño tamaño absoluto para establecer comparaciones).
- En cuanto a METODO, todos los Partidos siguen el ordenamiento de Donostia, que coincide con el general, excepto Irún (que tiene un 50 % de Ahorcamientos, seguido de un 21,4 % de Precipitaciones), y Tolosa (que introduce en cabeza un método secundario: 30,4 % Arrollamiento Tren, 26,1 % Ahorcamiento, 21,7 % Precipitación).
- En cuanto al discurrir en el tiempo, en Donostia y Azpeitia desciende el número absoluto de suicidios conforme avanzamos en el período estudiado; aumenta, sin embargo en Bergara y Eibar, manteniéndose en el resto.
- Respecto a la variable EDAD, todos los Partidos cuentan entre sus efectivos más numerosos (suponiendo una proporción del 70 % o incluso mayor) los tramos comprendidos entre (45-64) y (+ de 64) años, excepción hecha de las zonas de Azpeitia y Tolosa, que concentran sus efectivos en edades más jóvenes (tramos 25-44 y 45-64 años). Donostia presenta un caso especial:

su tramo (+ de 64) años supone en solitario un 37,1 % del total, -cumpliendo el caso general-, pero dándose la circunstancia del enorme tamaño de una década concreta: la de (21-30) años, con 25 % del total.

- Calculadas las tasas de suicidio por décadas, hemos observado los siguientes datos de interés, por sobresalientes respecto a la media: en la década (21-30) años, Donostia ostenta una tasa de 17/100.000 hab.; en el otro extremo del abanico etario, en el tramo (+ de 80 años), Eibar tiene una tasa de 116/100.000 hab. y Donostia de 96/100.000 hab.
- No tienen importancia las pequeñas variaciones habidas en las variables DIA del mes y DIA de la semana.

## DISCUSION

Resulta ya típico hablar de las dificultades para realizar una cuantificación válida de los suicidios consumados, y todas las medidas posibles para reconocer y enmendar esta situación en nuestro propio entorno han sido ya expuestas sin resultado práctico alguno (Aranda,1984; Gutierrez,1991; Sarro y De La Cruz, 1991). Sería, además, de una importancia fundamental la realización de un estudio a nivel de todo el Estado Español, que pudiera servir de informe base a toda una serie de análisis locales posteriores.

Con este estudio sobre Guipúzcoa queremos verter más luz sobre una de las zonas con una tasa suicida tradicionalmente baja. No es sino un primer paso de lo que pretende ser un estudio más profundo de toda la Comunidad Autónoma Vasca.

En primer lugar y ante todo, es necesario ser cauteloso con las cifras absolutas (sobre todo cuando éstas son muy pequeñas, fenómeno común en epidemiología suicida) y las categorizaciones a ellas asignadas. A pesar del relativamente escaso volumen de suicidios registrado en Guipúzcoa (unos 65 casos por año), hay que tener en cuenta, dada su procedencia, que éste es el "mínimo seguro y fiable". Por otra parte, muchos investigadores estiman que para calcular la tasa "real", sería necesario añadir a la extraída de los I.A.F. un porcentaje de "suicidios encubiertos" que oscila -dependiendo de los estudiosos- entre un 15 % y un 25% (Baudelot y Establet, 1984).

Huelga decir que las tasas halladas por nosotros se encuentran muy por encima de las ofrecidas por el Instituto Nacional de Estadística. No consideramos preciso ahondar en esta comparación dada la escasa fiabilidad asignada a los datos oficiales del citado I.N.E. (Gutiérrez, 1995).



Comparemos, sin embargo, los datos que poseemos con los aportados por otros estudios, correspondiente a distintos años y sobre idéntico conjunto poblacional o subconjuntos del mismo. Nos referimos a los trabajos de Aparicio, 1985; Ozamiz, 1988, a y b; Serrulla, 1990, y Carnicero et al., 1991. En los dos últimos casos la metodología fue la misma desarrollada por nosotros. En Aparicio se realizó una encuesta a los médicos titulares de la provincia, unido a un análisis parcial de los datos del Registro Civil; en Ozámiz, se revisan los sumarios de todos los Juzgados de Instrucción, registrando los datos de los suicidios consumados.

Analizando los distintos sistemas de recolección de datos, encontramos el de Aparicio un tanto azaroso (dada la posibilidad de no respuesta en casos significativos) y el de Ozámiz muy completo y, en teoría, superior al utilizado por nosotros. Decimos en teoría, ya que la plasmación de la realidad inscrita en las Diligencias Previas está afectada por los prejuicios sociales y económicos típicos (evitación de publicidad morbosa, evitación de problemas con los seguros, etc.), cosa que no parece ocurrir con los informes de los Médicos Forenses. De esta manera, y con Aso Escario (1993), establecemos como óptimo el sistema empleado por nosotros, dada la menor complejidad en la obtención de los datos y la absoluta validez de éstos.

Vamos con la comparación:

En estos trabajos se nos informa de una *tasa global para la provincia de Guipúzcoa* de 9,47 en 1982; 6,68 en 1983 (Aparicio,85), y 6,93 en 1983, y 8,3 en 1984 (Ozamiz, 1988 a). Nuestros datos son algo menores: 9,56 (1990-92), pero congruentes (Tabla 4).

**Tabla 4.- Tasas suicidas de Guipúzcoa en distintas investigaciones.**

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Tasa</b>	<b>Varones</b>	<b>Mujeres</b>
Aparicio (1985)	1982	9,47	---	---
Ozamiz (1988)	1983	6,93	---	---
	1984	8,3	10,7	5,10
Presente estudio	1990-92	9,56	13,27	5,94

Respecto a los trabajos referentes a zonas concretas dentro de ese mismo territorio histórico, nos referiremos en primer lugar a los facilitados por Carnicero et al. (1991)\*, referidos al **Partido Judicial de Donostia/San Sebastián** (incluyendo las poblaciones que se engloban en el hoy desanexionado Partido Judicial de Irún). De sus datos (véase Tabla 5), extraemos para la zona a estudio una tasa global de 9,96 (1988) y 12,38 (1989). Según nuestros datos, a Donostia le corres-

ponderaría una tasa de 11,60 y a Irún de 6,99 (Si uniéramos ambas zonas, al objeto de estimar mejor el contraste, la tasa sería de 10,94).

Por su parte, Serrulla (1990) nos informa de una tasa global de 3,37/100.000 (1983-88) para la zona que hoy ocupan los **Partidos Judiciales de Bergara y Eibar**. A partir de sus propios datos podemos extraer las tasas de los Partidos Judiciales antes mencionados: Bergara, 4,63 y Eibar, 1,74. Nuestros datos para estas mismas zonas, en 1990-92, son de 5,06 (Bergara) y 8,34 (Eibar). La tasa de Bergara se muestra paulatinamente creciente; la de Eibar supone un alza tremenda que sería necesario analizar, dado que se ha quintuplicado su primitiva tasa, (Tabla 5). Reiteramos, empero, la cautela que es preciso mantener con las conclusiones extraídas a partir de números absolutos muy pequeños.

**Tabla 5.- Tasas globales en distintas investigaciones en los Partidos Judiciales de Donostia, Bergara y Eibar.**

Autor	Años	Donostia	Bergara	Eibar
Carnicero (1991)	1988	9,96		
	1989	12,38		
Serrulla (1990)	1983-1985		2,85	0,58 <sup>1</sup>
	1986-1988		6,76 <sup>2</sup>	2,90
U. Forense (Bergara)	1989		4,22	
Presente estudio	1990-1992	10,94	5,06	8,34

<sup>1</sup>Es probable que falten datos, según el propio Serrulla. <sup>2</sup>Epidemia de suicidio nómico en Oñati (1984-86).

Se observa, por tanto, un fenómeno de *importante fluctuación del fenómeno suicida* en esta zona, basado en una clara reducción de los efectivos suicidas en los últimos tiempos excepción hecha del caso de Eibar. De cualquier manera, es importante destacar que nos hallamos rodeando la tasa media estimada para todo el Estado Español en estas fechas, es decir, **10 suicidios por cada 100.000 habitantes y año** (Gutiérrez, 1995).

En cuanto a *tasas según el sexo* (véase Tabla 4), Aparicio no las cita, Ozámiz declara para 1984, 10,7 (varones) y 5,1 (mujeres), mientras que de Carnicero extraemos unas tasas para 1988 y 1989, respectivamente, de 14,24 y 17,52 (varones) y de 5,83 y 7,42 (mujeres). Estos datos son congruentes con los nuestros (1990-92): **13,27 para varones y 5,94 para mujeres**, mostrando el descenso ya observado para la población general, a partir del tremendo pico de 1989.

En lo que se refiere a la *proporción inter-sexos*, la ofrecida por nosotros: **2,2:1**, es muy similar si no idéntica a la observada por Aparicio, Ozámiz y Serrulla. Carnicero nos amplía la información, en virtud de seis años de medición, en

los que la ratio ha ido creciendo desde 1,62:1 (1984) hasta 2,3:1 (1989), lo que confirma el incremento continuado de la relación.

Ahora bien, si tenemos en cuenta las distintas zonas, observaremos que la ratio crece en relación más o menos inversa al grado de densidad poblacional de las distintas áreas. Se podría lanzar la hipótesis de que es en la ciudad donde las costumbres y usos sociales se están homogeneizando más entre los sexos; así, el acto suicida no sería sino el uso de un ritual social como tantos otros, afectado como otros ritos por las costumbres y tradiciones, y viéndose claramente definido por la época y la localización geográfica donde se efectúa. Esta afirmación no es sino una hipótesis de trabajo dado que, a pesar de observarse dicha relación directa (densidad/tasa suicida), no existe -como ya dijimos- confirmación de significación estadística ( $r$  de Pearson = 0,545 para la población global; por sexos, la correlación es la siguiente:  $r = 0,514$  (hombres) y  $r = 0,607$  (mujeres).

En cuanto a los distintos tramos etarios, se observa en la población global que las proporciones más altas se dan entre los subgrupos más jóvenes (21-30; 31-40, e incluso 41-50 años, con casi 4:1 de ratio), estabilizándose en los 2,1:1 (61-70 años) y 2,6 (71-80 años), y cayendo a continuación, dada la enorme superioridad física de las mujeres a esas edades (su esperanza de vida es muy superior, como demuestran los datos censales y "de facto"), siendo los mayores de 80 años el único tramo en que superan a los hombres en número absoluto de casos suicidas.

Respecto a los más jóvenes, la preponderancia masculina no obedece a que el suicidio sea, a esas edades, una conducta sólo para hombres; más bien quiere decir que cada sexo tiene su forma de expresar (mecanismo) lo que con el suicidio (instrumento) se desea obtener (finalidad). Probablemente, los suicidios que no aparecen entre las mujeres se hallan en los casos de parasuicidio de los correspondientes tramos de edad.

Difieren las *estructuras por edad*, tanto generales como por sexos. Sólo en Carnicero se aprecia el aumento significativo de los suicidios en la adolescencia y primera juventud, que hemos observado nosotros, sobre todo en el caso masculino. Ello puede deberse a que este fenómeno "moderno", acreditado ya en bibliografía (Carre y Zucker, 1989; Diekstra, 1989; Sarró y De la Cruz, 1991, entre otros muchos), ha comenzado entre nosotros con posterioridad a 1984. Nuestras tasas también resultan superiores a las aportadas. Es de destacar la enorme tasa que ostenta Donostia (17/100.000 hab.) para el tramo (21-30) años, y esta misma zona y la de Eibar para el tramo (+ de 80 años), con unas tasas de 96 y 116/100.000 habitantes, respectivamente, datos que deberían ser tenidos muy en cuenta por los especialistas en Socio-Medicina Preventiva.

En cuanto a los porcentajes según el *mecanismo autolítico utilizado*, las diferencias globales no son importantes con Ozámiz, si bien se aprecia un incremento de los "métodos secundarios": Arrollamiento por Tren (sobre todo en mujeres),

Sumersión y Armas. Respecto a Carnicero, nuestros datos presentan mayor desagregación, sobre todo entre las mujeres. No se presenta, como en los casos analizados por nosotros, una diferencia tan apreciable entre la utilización de distintos mecanismos de acuerdo al sexo del sujeto. Respecto a Aparicio y Serrulla, entendemos que la única explicación de la enorme disparidad apreciada en las distribuciones ordenadas según los métodos más frecuentes (Ahorcamiento, seguido de Armas y Arrollamiento por Tren, según Aparicio; Precipitación, Ahorcamiento y Armas, según Serrulla) radica en que los mismos responden más a los hábitos de una población rural, como el propio Aparicio parece sugerir al hablar de la escasa fiabilidad de sus informantes radicados en centros urbanos.

Encontramos una cierta *superioridad cuantitativa del suicidio urbano sobre el rural*. Esta afirmación, coincidente con algunos estudios (O.M.S., 1974; Linden & Breed, 1976) es contraria a lo analizado en Guipúzcoa por Aparicio (1984), y lo observado en otras zonas y establecido por otros investigadores (De Miguel, 1970; Baudelot y Establet, 1984; Moens, 1988; Gabriel et al., 1993; Dorozynski, 1994; Obafunwa & Busuttil, 1994) como criterio general actual, es decir: mayor incidencia suicida en zonas rurales. Es posible que sea este fenómeno un efecto sólo aplicable a esta pequeña zona en el período de tiempo concreto de estudio. Habrá que confirmarlo en trabajos posteriores.

Respecto al *día de la semana*, encontramos diferencias notables con Carnicero. En sus datos, el suicidio avanza hacia y se incrementa durante el fin de semana, con un máximo el Viernes. En los nuestros, el suicidio se orienta hacia el comienzo, con máximos el Lunes y Miércoles.

Coinciden nuestras observaciones en cuanto a las *estaciones del año* con Carnicero. Son Primavera y Verano (aunque no sea en ese orden), las que cuentan con mayor incidencia suicida.

Para finalizar, consideramos imprescindible remarcar la importancia que una adecuada investigación epidemiológica sobre el suicidio, hoy por hoy casi inexistente, puede tener como soporte de posteriores trabajos o intervenciones fiables. Entendemos asimismo, con Aso Escario et al. (1993) que uno de los medios más sencillos para lograr su consecución sería la creación de un Banco de Datos Forenses, centralizado en los Juzgados, que podría ser la base de una futura red de información compartida.

## CONCLUSIONES

1.- El Suicidio es un fenómeno en decrecimiento en el Territorio Histórico de Guipúzcoa.

2.- La tasa suicida global es de 9,56/100.000 habitantes, (13,3 para varones; 5,9 para mujeres), para el período 1990-1992.

3.- Hay una proporción Hombre/Mujer de suicidios estabilizada en la ratio 2,2:1.

4.- Se aprecia un enorme aumento de los suicidios de varones de entre 21-30 años, sobre todo en el Partido Judicial de Donostia.

5.- Los mecanismos más utilizados son: Precipitación, Ahorcamiento y Arro-llamiento por Tren. Hay gran disparidad dependiendo del sexo; se dan suicidios "específicos" de cada sexo, dada la enorme proporción en que cada uno de ellos lo usa: las armas de fuego y el Ahorcamiento son patrimonio casi exclusivo de los hombres, y la precipitación y la sumersión, propios de las mujeres.

6.- La Primavera es la estación con más suicidios. Le siguen el Verano (hombres) y el Invierno (mujeres).

7.- El Partido Judicial de Donostia/San Sebastián ostenta la mayor tasa suici-da: 11,6/100.000 hab. (14,7, hombres; 8,6, mujeres). El de Eibar ha quintuplicado en seis años su tasa.

8.- Es preciso llevar a cabo investigaciones epidemiológicas de más amplio alcance, con el fin de obtener resultados más certeramente aplicables a la preven-ción del acto suicida.

## REFERENCIAS

Aparicio V. El Suicidio: un estudio de Guipúzcoa. *Rev. Asociación Neuro-psiquiat.*, 1985, V(13): 151-164.

Aranda J. Problemas que presentan la elaboración de la estadística del suicidio. *Rev Psiquiat Psicol Méd*, 1984, XVI(8): 517-520.

Aso Escario J, Navarro JA y Cobo JA. El suicidio consumado en Zaragoza (1989-1991). Aspectos epidemiológicos y perfiles suicidas. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat.*, 1993, 21(3): 65-71.

Baudelot C y Establet R. *Durkheim et le suicide*. Paris: P.U.F., 1984.

Carnicero MA et al. Revisión del acto suicida consumado en el partido judicial de San Sebastián durante los años 1988 y 1989. *Rev Esp Med Legal*, 1991, XVIII: 23-29.

Carre JR y Zucker E. *Mortalité et morbidité violentes dans la population des jeunes de 15-24 ans*. Paris: La Documentation Française, 1989.

- De Miguel JM. *El suicidio en España*. Madrid: C.S.I.C.(Instituto Balnes de Sociología), 1970.
- Diekstra RFW. Suicide and the attempted suicide: an international perspective. *Acta Psychiat Scand*, 1989, 80(suppl. 354): 1-24.
- Dorozynski A. France:suicide are more common in rural areas, *Br Med J*, 1994, 308(6920): 10-11.
- Durkheim E. *Le Suicide, étude de Sociologie*, Paris, 1981. (1ª Edic. Alcan,1897).
- Gabriel J, Paschalis Ch. y Beratis S. Suicide in urban and rural southern Greece, *Eur J Psychiat*, 1993, 7(2): 103-111.
- Gutiérrez JM. Optimización de la investigación estadística en Suicidología. *Psicopatología*, 1991, 11(3): 91-96.
- Gutiérrez JM. Breve análisis del estudio oficial del Suicidio en el Estado Español. *Rev Fac Med Barcelona*, 1995, 22(1): 25-28.
- Instituto Vasco de Estadística-EUSTAT. *Estructura de la Población*, Vitoria/Gasteiz, 1992.
- Instituto Vasco de Estadística-EUSTAT. *Movimiento Natural de la Población*, 1992. Vitoria/Gasteiz, 1993.
- Linden L y Breed W. The demographic epidemiology of suicide. En: Schneidman ES, (ed.). *Suicidology:Contemporary Development*. New York: Grunne and Stratton, 1976.
- Moens FG, Loysch MJM y Van de Voorde H. The geographical pattern of methods of suicide in Belgium: Implications for prevention. *Acta Psychiat Scand*, 1988, 77: 320-327.
- Obafunwa JO y Busuttill A. A review of completed suicides in the Lothian and Borders Region of Scotland (1987-1991), *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol*, 1994, 29: 100-106.
- O.M.S. *Suicide and Attempted suicide*, Public Health Papers, nº 58. Ginebra, 1974.
- Ozamiz JA. Estudio del comportamiento suicida en la Comunidad Autónoma Vasca. *Psiquis*, 1988a, IX: 114-118.
- Ozamiz JA. Estudio de los fenómenos sociales del suicidio y parasuicidio en la Comunidad Autónoma Vasca, para su prevención. En: A Villa, (dir.). *Psicosociología de la Salud Mental* (pp. 217-246). Donostia/San Sebastián: Ed. Ttarttalo, 1988b.
- Sarro B y De La Cruz C. *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca, 1991.

Serrulla Rech F. Un análisis estadístico sobre los casos de suicidio consumados aparecidos en el partido judicial de Bergara (Guipúzcoa) entre los años 1983 y 1988. *Rev Esp Med Legal*, 1990, XVII: 35-49.

**Nota:**

\* Carnicero et al. (1991) no explicita ninguna tasa (ni global ni por sexos), a pesar de cuantificar concisamente la población a estudio. Las tasas que se ofrecen se han calculado a partir de los números absolutos proporcionados por los propios autores.

**Agradecimientos:**

Deseamos remarcar nuestra deuda para con los integrantes del Instituto Anatómico-Forense de Donostia/San Sebastián y Unidad de Medicina Legal de Bergara, sin cuya valiosa colaboración no habría sido posible este estudio.





# EVALUACIÓN DEL COSTE-EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON DOLOR DE CABEZA TENSIONAL

**Cristina Castro Bolaño\***, **Carmina Saldaña García\*\***  
y **José Manuel Otero-López\***

*\* Dpto. Psicología Clínica y Psicobiología.  
Universidad de Santiago de Compostela.*

*\*\* Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.  
Universidad de Barcelona.*

## RESUMEN

Se compara el nivel de eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual dirigido por el terapeuta para pacientes con dolor de cabeza tensional con uno con contacto mínimo. El programa ha sido aplicado a 27 sujetos con edades comprendidas entre 18 y 25 años. Después de un período de cuatro semanas de registro de dolor de cabeza, los sujetos fueron asignados al azar a los grupos de tratamiento y a uno control de lista de espera. Los resultados de los análisis estadísticos realizados (varianza) confirman una reducción significativa del dolor después del tratamiento en los grupos de intervención (dirigido por el terapeuta y de contacto-mínimo). El coste-eficacia presentó valores más elevados para el grupo de contacto-mínimo. En general, este estudio sugiere que la intervención cognitivo-conductual con contacto-mínimo es eficaz para pacientes con dolor de cabeza tensional y puede ser un modo adecuado de reducir los costes inherentes a los tratamientos.

**Palabras clave:** dolor de cabeza, terapia cognitivo-conductual, coste-eficacia.

## ABSTRACT

The efficacy of a clinic-based cognitive-behavioral program for the treatment of tension headache was compared to the same approach using a minimal-therapist-contact format. Twenty-seven subjects between 18 and 25 years of age completed the program. Following four weeks of recording headache activity, subjects were randomly assigned to a waiting list control condition or a one of the two treatment conditions. Treatment was followed by four weeks of recording of headache activity immediately posttreatment and again twelve months later. The results of the statistical analysis performed (variance) conform that was a significant reduction in headache following treatment for both treated groups and that this two groups (clinic-based and minimal-therapist-contact) did no differ from each other on any measure headache. Treatment for the minimal-contact group was significantly more cost-effective than for the clinic group. Overall this study suggests that cognitive-behavioral interventions with minimal-contact can be effective for chronic tension headache sufferers and offer one small way to help with cost containment in treatment delivery.

**Key Words:** headache, cognitive-behavioral therapy, cost-effectiveness.

## INTRODUCCIÓN

El dolor de cabeza constituye en la actualidad uno de los temas de socio-sanitarios que mayor interés concita entre aquellos profesionales y/o investigadores que trabajan en el campo de la salud. Las altas tasas de prevalencia, junto con la gravedad de los costes personales, económicos y sociales han convertido a este trastorno en un importante reto para la comunidad científica. Postulados teóricos, trabajos empíricos y programas de intervención han intentado profundizar, aunque en ocasiones siguiendo rutas dispares, en el esclarecimiento de las causas y/o determinantes de este problema.

Así, y desde una perspectiva histórica, la proliferación de distintos enfoques, metodologías, y "modos de hacer terapéuticos", si bien han generado muchos hallazgos, también han sido los factores "responsables" de que éstos fueran calificados, a menudo, de inconsistentes y, por extensión, esta área de trabajo de polémica y controvertida.

No obstante, desde una óptica contemporánea, nadie cuestiona los avances que se han producido en este campo y, lo que es más importante, existe un notable consenso acerca de cuáles deben ser las guías o directrices que deben presidir y/o direccionar la investigación futura.

En este sentido, la identificación de las variables que se asocian a la aparición y/o mantenimiento de esta dolencia, el "chequeo" y evaluación de cuáles son las técnicas terapéuticas más eficaces y el examen del grado de contacto terapéutico óptimo para la intervención sobre este trastorno, aparecen como los tres pilares fundamentales que deben articular el diseño e implementación de estrategias preventivas e interventivas, que a corto o medio plazo, pretendan alcanzar resultados satisfactorios.

A este respecto, consideramos que cualquier aproximación terapéutica deberá integrar en sus planteamientos estas coordenadas; así, no parece razonable diseñar un programa de intervención sin tener en cuenta cuáles son las variables sobre las que incidir y, de igual modo, cualquier paquete de tratamiento debe contemplar los costes y/o la viabilidad de su implementación.

En cuanto a la *identificación de variables* que se han vinculado con el dolor de cabeza cabe reseñar que, a pesar de que existe un amplio cuerpo de investigación en torno a las variables fisiológicas y bioquímicas (Anthony y Lance, 1989; Diamond y Dalessio, 1978; Haynes y cols., 1982; Lance, 1978/80; Rolf, Wiele y Brune, 1981; Takeshina, Shimomura y Takashashi, 1987; Ziegler, 1988), en las últimas décadas han sido factores de corte psicológico las que han atraído poderosamente la atención de clínicos e investigadores. En este sentido, han sido múltiples los autores (De Benedittis y Lorenzetti, 1992; Blanchard y cols., 1989; Castro-Bolaño y Saldaña, 1995; Demjen y Bakal, 1986; Holm y cols., 1986; Holroyd y cols., 1993; Lacroix y Barbaree, 1990; Martin y cols., 1988; Martin, Holroyd y Penzien, 1990; Philips, 1989; Philips y Jahanshahi, 1986) que han documentado la relevancia explicativa de distintas variables: cognitivas (e.g.: lugar de control, autoeficacia, estilos de afrontamiento), emocionales (e.g.: ansiedad, depresión) y conductuales (e.g.: conducta de dolor). Constatada la naturaleza "multicausal" del dolor de cabeza parece, entonces, que cualquier propuesta de "actuación" debe intentar superar aquellas primeras aproximaciones parciales y fragmentarias y apostar por acercamientos integradores en donde tengan cabida todos los factores que, en las últimas décadas, se han mostrado vinculados a este trastorno (Otero-López y cols., 1995).

Por lo que respecta a los *abordajes terapéuticos*, y a pesar de la evidencia empírica de la influencia de diferentes variables psicológicas en la génesis, mantenimiento e, incluso, en la exacerbación del dolor de cabeza tensional, las más utilizadas se han focalizado en la reducción de determinadas respuestas fisiológicas (e.g.: nivel de tensión muscular). En este sentido, aunque este tipo de estrategias han resultado realmente útiles en la disminución del dolor (Blanchard, 1992; Blanchard y cols., 1980; Holroyd y Penzien, 1986), parece que el "factor responsable del cambio" no es tanto el control de los procesos fisiológicos implicados sino el papel que ejercen factores de tipo cognitivo -expectativas, motivación,

afrontamiento, percepción de éxito- (Holroyd y cols., 1984; Vallejo, 1989; Villamarín y Bayés, 1990). Es justamente esta consideración la que ha potenciado la importancia de la dimensión cognitiva en el abordaje del dolor y, en consecuencia, la que ha guiado la investigación más reciente. Así, mientras algunos autores apuestan preferentemente por estrategias cognitivas (Brown, 1984; Cruzado y Labrador, 1990; Holroyd, Andrasik y Westbrook, 1977; Murphy, Lehrer y Jurish, 1990; Vaccaro y Feindler, 1980; Van Allen, 1982), otros combinan distintas técnicas entre las cuales las cognitivas siempre están presentes (Castro-Bolaño, Saldaña y Otero-López, 1995; Bakal, Demjen y Kaganov, 1981; Figueroa, 1982; James, Thorn y Williams, 1993; McGrath y cols., 1992; Newton y Barbaree, 1987; Richardson y McGrath, 1989; Tobin y cols., 1988).

En cuanto a este aspecto, nuestro planteamiento es coincidente con el de aquellos autores (e.g.: Bakal, 1982; Blanchard y Andrasik., 1985/89; Holroyd y Penzien, 1993; Philips., 1988/91; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983) que defienden planteamientos interventivos integradores. Así, en este trabajo hemos elaborado un programa de tratamiento que combina tanto técnicas cognitivas como conductuales (diversas modalidades de relajación, técnicas de desviación de la atención e imaginación, reestructuración cognitiva y resolución de problemas), con el fin de abarcar distintos aspectos relacionados con el dolor, tales como: a) los altos niveles de estrés que pueden, en algunos casos, precipitar el dolor de cabeza ante ciertas situaciones o aumentar la susceptibilidad al mismo, b) la implicación de los pensamientos, sentimientos y sensaciones en el inicio, mantenimiento y exacerbación del dolor y c) los efectos debilitadores que produce el dolor de cabeza (e.g.: ansiedad, tensión emocional, depresión).

Por último, otro aspecto a considerar, debido al enorme interés desde el punto de vista médico/sanitario o de la intervención en general a la hora de diseñar o elaborar y aplicar un tipo u otro de tratamiento, se centra en el parámetro *coste-eficacia* (Drummond, 1980/83; Levin, 1987). Así, consideramos que cualquier estrategia de intervención sobre cualquier trastorno debe contextualizarse bajo la dialéctica: *coste-eficacia* (Yates, 1985, 1994). No es suficiente, desde una perspectiva pragmática, y en definitiva económica, que el "tratamiento funcione" será necesario analizar también los recursos disponibles (a nivel humano, social, estructural, etc.) en definitiva, el coste o "precio" que supone su puesta en práctica. Por contra, tampoco sirve optimizar el coste y "desnaturalizar" la intervención. Parece, entonces, que la mejor solución pasa, necesariamente, por tener en cuenta y buscar un equilibrio entre el coste y la eficacia: tratamientos que con el menor coste conlleven la mayor eficacia posible.

Más concretamente, una de las variables que con mayor frecuencia se ha relacionado en la literatura con la dimensión *coste-eficacia* ha sido el grado de contacto terapéutico (Glasgow y Rosen, 1978, 1979), ya que ha sido considerada un

importante factor modulador del grado de eficacia del tratamiento. Su importancia, de nuevo, parece clara: "a mayor contacto terapéutico se produce un mayor coste", y la cuestión a dilucidar se centraría en comprobar si es posible reducir el contacto terapéutico sin disminuir la eficacia del tratamiento.

Diferentes autores en el campo de las cefaleas han intentado constatar si existen efectos diferenciales sobre los resultados de una intervención psicológica en función del modo de ser administrada: dirigido por el terapeuta en su totalidad, con contacto-mínimo o, incluso, autoadministrado por el propio paciente sin ningún tipo de contacto terapéutico (Glasgow y Rosen, 1978,1979). La revisión de la literatura que aborda este aspecto acentúa la falta de consenso en cuanto al grado de contacto terapéutico óptimo. La evidencia empírica la podríamos articular, con un afán expositivo, en torno a tres ejes vertebradores: el primero, incluye aquellos estudios, que aunque con resultados no coincidentes en cuanto a qué tipo de administración es más eficaz, evidencian diferencias entre las mismas; el segundo, contempla aquellos trabajos que no encuentran diferencias significativas entre tratamientos con contacto mínimo y dirigidos por el terapeuta; y, el tercero, ejemplifica distintos estudios que acentúan la variabilidad en cuanto al tipo de intervención con contacto mínimo.

A continuación señalamos algunos trabajos que han arrojado evidencia contradictoria. En este sentido, autores como Kholenberg y Cahn (1981), Cuevas (1984) y McGrath y cols. (1992) señalan la superioridad de los tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales autoadministrados cuando los comparan con tratamientos dirigidos por el terapeuta. Por el contrario, Sterger y Harper (1980) trabajando con pacientes con cefaleas tensionales evidencian la superioridad de un tratamiento combinado (biofeedback-EMG frontal, relajación y estrategias de afrontamiento al estrés) dirigido por el terapeuta frente a un tratamiento autoadministrado de entrenamiento en relajación. En la misma línea se sitúan los hallazgos de Williamson y cols. (1984) quienes, con una muestra de pacientes con diferentes categorías de dolor, encuentran niveles más elevados de mejoría en el grupo de entrenamiento en relajación dirigido por el terapeuta que en el de contacto mínimo y en el de lista de espera.

Otro grupo importante de investigadores informan de que no existen diferencias al administrar tratamientos con contacto-mínimo y dirigido por el terapeuta. En concreto, y en relación al entrenamiento en relajación, Teders y cols. (1984) Blanchard y cols. (1985) indican que no se muestran diferencias significativas en la reducción de la actividad del dolor de cabeza entre dos grupos de pacientes tensionales en función de la cantidad de contacto terapéutico, e igualmente Blanchard y cols. (1985), con pacientes migrañosos, informan de ausencia de diferencias en función del grado de contacto terapéutico al aplicar entrenamiento en relajación y biofeedback de temperatura. Incluso en los estudios de Larsson y

cols., (1988), con adolescentes (16-18 años) que presentan distintos tipos de cefaleas, se pone de manifiesto que al comparar la mejoría del dolor entre los chicos a los que se les aplica un entrenamiento en relajación en la escuela y a los que se le proporciona material de auto-ayuda (libros y cintas) no se revelan diferencias marcadas. Con respecto a intervenciones cognitivo-conductuales, que combinan entrenamiento en relajación y terapias cognitivas, destacar que tanto con pacientes con migraña (Richarson y McGrath (1989) como con dolor de cabeza tensional (Attanasio y cols. (1987) no se establecen diferencias estadísticamente significativas entre grupos con contacto-mínimo vs. con contacto con el terapeuta.

Por último, señalar que incluso cuando se comparan diferentes modalidades de tratamiento aplicadas con contacto-mínimo los resultados varían en función de los trabajos. Así, Tobin y cols., (1988) informan de mayor eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas con contacto-mínimo a pacientes con cefaleas de tensión frente al entrenamiento en relajación; por el contrario, Appelbaum y cols. (1990) y Blanchard y cols. (1990) afirman no encontrar diferencias entre ambos procedimientos terapéuticos, en pacientes con cefalea de tensión, los primeros, y migraña los segundos.

En función de la variabilidad de los resultados obtenidos por las diferentes investigaciones, parece que el estado actual del conocimiento acerca del binomio coste-eficacia para el tratamiento de las cefaleas es confuso y contradictorio. Dato que confirma la urgente necesidad de validar empíricamente estrategias de intervención que respondan a la premisa: "mayor eficacia con el mínimo coste".

Es precisamente dentro de este contexto en donde se enmarca nuestra investigación. Se trata de comprobar el grado de eficacia de una modalidad de tratamiento cognitivo-conductual, teniendo en cuenta el posible efecto diferencial del grado de contacto con el terapeuta.

En concreto, y a partir de todas las consideraciones señaladas, los principales objetivos de esta investigación son los siguientes:

- a) Comprobar si un paquete de tratamiento cognitivo-conductual es eficaz en la intervención con sujetos que presentan dolor de cabeza tensional.
- b) Examinar si la modalidad de administración del tratamiento (dirigido por el terapeuta y de contacto-mínimo) produce o no un efecto diferencial en los distintos grupos tratados.
- c) Valorar el coste-eficacia que supone cada una de las modalidades de tratamiento: dirigida por el terapeuta y de contacto-mínimo.

## MÉTODO

### Sujetos

Un total de 102 sujetos fueron reclutados a partir de anuncios en facultades, escuelas universitarias y colegios mayores del Campus Universitario de Santiago de Compostela, así como de un programa de divulgación radiofónica y de una encuesta sobre dolor de cabeza realizada en distintas facultades. Los sujetos para ser admitidos en el estudio debían de cumplir los siguientes criterios: a) edad superior a 17 años, b) historia de dolor superior a un año, c) frecuencia del dolor de cabeza superior a 3 días a la semana, d) ausencia de problemas físicos y/o psiquiátricos mayores, e) consumo exclusivo de fármacos analgésicos menores para el dolor f) no participar, simultáneamente, en otro tratamiento del dolor, g) cumplimentar el material de autorregistro y h) confirmación de su diagnóstico de dolor de cabeza tensional por un médico.

Del grupo inicial de 102 sujetos, se excluyeron 66 por no presentar cefaleas tensionales y de los 36 restantes con dolor de cabeza tensional 9 abandonaron el estudio (8 en la línea base y 1 a mitad del tratamiento).

La muestra final incluida en esta investigación fue de 27 sujetos, 7 hombres y 20 mujeres, estudiantes de la Universidad de Santiago de Compostela. La media de edad era de 20.4 años ( $SD= 1.9$ , rango= 18-25), la media de historia de dolor de 4.8 años ( $SD=2.6$ , rango= 3-13) y la media de la frecuencia de 5.4 días a la semana.

### Procedimiento

El procedimiento realizado en este trabajo fue llevado a cabo a lo largo de cuatro fases claramente diferenciadas: pretratamiento (4 semanas de duración), tratamiento (8 semanas), postratamiento (4 semanas) y seguimiento (1 año). A continuación pasamos a describir detalladamente cada una de ellas.

#### *Evaluación pretratamiento*

*Evaluación y diagnóstico del dolor de cabeza.* A todos los sujetos que aceptaron participar en esta investigación se les realizó una entrevista semiestructurada, de aproximadamente una hora de duración. Con dicha entrevista se pretendía recoger información acerca de las características de las cefaleas y aspectos relacionados, facilitándose así un mayor conocimiento del problema de dolor y posibilitando el establecimiento de un diagnóstico preciso. En concreto, este instrumento de medida consta de 30 preguntas que siguen un esquema de análisis funcional de conducta: antecedentes, descripción y consecuentes de la cefalea. Una vez realizada la entrevista, para que el dolor de los sujetos fuese considerado como tensional, debía de reunir las siguientes características recogidas en los sistemas

de clasificación del dolor (IASP, 1986, IHS, 1988): a) frecuencia alta de dolor (al menos 3 días a la semana), b) localización bilateral, c) descripción del dolor como "constante, continuo, sordo", "sensación de presión, tirantez o constricción", "dolor alrededor de la cabeza como una banda" o "casquete sobre la cabeza" y d) exclusión de criterios diagnósticos de migraña (localización unilateral, dolor vibratorio o pulsátil, dolor precedido de aura, fotofobia, náuseas y vómitos).

Teniendo en cuenta los datos obtenidos a partir de este instrumento de medida se consideraba la idoneidad de inclusión de los sujetos en un programa de tratamiento psicológico de las cefaleas de tensión. Además, en aquellos casos seleccionados se les explicaba, brevemente, en qué consistía el tratamiento y se les facilitaba un formulario de consentimiento de participación que debían firmar en caso de estar de acuerdo con lo expuesto.

*Autorregistro diario de dolor de cabeza* Después de que los sujetos aceptasen participar en el estudio, se les indicaba la importancia de llevar a cabo un registro diario de su dolor y se realizaba una descripción detallada del tipo de ficha de autorregistro diaria que debían cumplimentar. En especial, el modelo de autorregistro diario que hemos aplicado se basa en el formato de Budzynsky y cols. (1973), Haynes y cols. (1975) y Saldaña (1982), con el que se registra el dolor de cabeza hora a hora, durante las 24 horas del día, utilizando una escala de 6 puntos (0= ningún dolor a 5= dolor muy intenso). De este modo se puede recoger información de: a) frecuencia del dolor (días a la semana con dolor), b) intensidad del dolor (intensidad media de cada hora con dolor), c) duración del dolor (número de horas a la semana con dolor), d) actividad 1 (índice que combina la frecuencia y duración), y e) actividad 2 (índice que combina la intensidad y la duración). Además, con esta ficha se puede evaluar el número y tipo de medicación que consume el paciente. Dado que el consumo de medicación analgésica fue extremadamente baja, esta variable no fue considerada en los análisis estadísticos. El período de realización de este autorregistro fue de 4 semanas de duración, al cabo del cual si alguno de los sujetos no presentaba cefaleas frecuentes (al menos 3 días a la semana) era excluido del estudio.

#### *Asignación de los sujetos a los grupos de tratamiento.*

Como no se disponía de todos los sujetos al iniciar la investigación, se utilizó un procedimiento de asignación al azar. De este modo, a medida que se iba incorporando un nuevo sujeto, éste era asignado a uno de los grupos establecidos *a priori*. Los grupos resultantes quedaron conformados del siguiente modo: 9 sujetos en el grupo de tratamiento cognitivo-conductual dirigido por el terapeuta, 9 en el de contacto-mínimo y 9 en el grupo control de lista de espera.



### *Tratamiento*

Finalizado el período de línea base de cuatro semanas, los sujetos que fueron asignados a cada uno de los grupos de tratamiento recibieron la misma estrategia de intervención (cognitivo-conductual), pero administrada de modo diferente: con mayor contacto terapéutico (dirigido por el terapeuta) y con un número reducido de horas de contacto (contacto-mínimo). Así, el tratamiento constó de 8 semanas en ambos grupos, pero el grupo dirigido por el terapeuta tuvo 12 sesiones de tratamiento frente al de contacto-mínimo que solamente acudió a la clínica en 3 ocasiones (en la primera, quinta y séptima semana), manteniendo contacto telefónico, de aproximadamente 10 minutos, en cuatro ocasiones (en la segunda, cuarta, sexta y octava semana). En total la cantidad de contacto terapéutico establecida por el grupo dirigido por el terapeuta fue de 8.9 horas en comparación al de contacto-mínimo con 3.8 horas.

Los elementos comunes en ambos grupos de tratamiento consistieron en: a) establecimiento de una concepción sencilla de las cefaleas, b) realización del autorregistro diario del dolor de cabeza, c) inicio del autorregistro de análisis de dolor de cabeza, consistente en evaluar las situaciones que ocurren antes, durante y después de un dolor de cabeza, así como los pensamientos, sentimientos y sensaciones asociadas, d) asignación de prácticas de las técnicas para realizar en casa y cumplimentación de fichas de registro de dichas prácticas y e) material complementario de ayuda para adquirir las habilidades de relajación (4 cintas de entrenamiento en relajación).

#### *Tratamiento cognitivo-conductual dirigido por el terapeuta*

Esta modalidad de tratamiento fue administrada en 12 sesiones en la clínica, distribuidas a lo largo de un período de 8 semanas de duración. Las estrategias de tratamiento incluidas abarcan desde diferentes modalidades de entrenamiento en relajación a distintos tipos de técnicas cognitivas. En concreto, el entrenamiento en relajación se basó en el procedimiento descrito por Bernstein y Borkovec (1973), así como el utilizado por Blanchard y Andrasik (1985) y Tobin y cols. (1988). Las técnicas cognitivas se centraron en: resolución de problemas, reestructuración cognitiva y técnicas cognitivas dirigidas al dolor (control y desviación de la atención e imaginación). En este sentido, la resolución de problemas partió de la estrategia ideada por D'Zurilla y Golfried (1971) y las modificaciones realizadas por McKay, Davis y Fanning (1981); la reestructuración cognitiva tomó como modelo el propuesto por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) y las consideraciones de McKay, Davis y Fanning (1981) y las técnicas de imaginación y las utilizadas para enseñar a desviar la atención del dolor se basaron en las descritas por Bakal (1982) y Turk, Meichenbaum y Genest (1983).

En la primera semana de tratamiento se inició el entrenamiento en relajación progresiva, con ejercicios de tensión-aflojamiento de 18 grupos musculares, ejercicios de respiración profunda y presentación de una imagen relajante.

En la segunda semana los sujetos aprendieron un procedimiento abreviado de relajación con ciclos de tensión-aflojamiento, utilizando sólo 6 grupos de músculos, continuando con ejercicios de respiración y elaboración de imágenes relajantes propias.

Durante la tercera semana se comenzó con dos modalidades nuevas de relajación: por evocación o recuerdo y suscitada por señal y se incorporó un entrenamiento en frases autógenas.

Una vez adquiridas las diferentes habilidades de relajación, en la cuarta semana se enseñó a los sujetos a registrar, diariamente ante situaciones de la vida cotidiana, su nivel de tensión muscular y a utilizar las técnicas aprendidas ante situaciones de estrés asociadas con tensión muscular.

A partir de la quinta semana se introdujeron los diferentes tipos de estrategias cognitivas, sin dejar de practicar las técnicas anteriormente enseñadas, y comenzando con la resolución de problemas. Así, una vez que el sujeto identificaba aquellas situaciones que precipitan la cefalea se llevaban a cabo las distintas fases que componen este ejercicio para, en último término, facilitar el encontrar soluciones a situaciones-problema.

En la sexta semana, se incorporó una nueva estrategia que reforzaba la de resolución de problemas, ya que se utilizaba una vez que ésta no resultaba eficaz para hacer frente a una situación conflictiva. En concreto, esta técnica consistía en analizar las creencias negativas adoptadas ante situaciones-problema y buscar modos más eficaces de abordar cada situación.

El entrenamiento en reestructuración cognitiva se inició en la séptima semana de tratamiento, explicando la relación entre pensamientos, sentimientos, conductas y dolor, y enseñando a identificar aquellos pensamientos distorsionados que conducen a sentimientos negativos. El objetivo final de este entrenamiento consistía en llegar a elaborar pensamientos más realistas y positivos.

En la octava semana, una vez practicadas todas las técnicas cognitivas y conductuales para posibilitar el abordaje del dolor, se indujo a los sujetos a aplicar, de un modo gradual, estas estrategias ante situaciones reales de dolor de cabeza.

Por último, es preciso señalar que el número de sesiones terapéuticas llevadas a cabo con entrenamiento en relajación fue de 1 por semana frente al de terapias cognitivas que fue el doble. Destacar, además, que en relación al entrenamiento en relajación se promocionó en todo momento la práctica de las técnicas en casa, recomendándose una media de 2 prácticas al día: una con cinta y otra sin cinta. De igual modo, con respecto a las técnicas cognitivas se sugirió su realización, en primer lugar, en imaginación y posteriormente, ante situaciones reales.

### Tratamiento cognitivo-conductual con contacto-mínimo

A los sujetos asignados a este grupo de tratamiento se les proporcionó el mismo contenido de técnicas que al dirigido por el terapeuta y siguiendo el mismo orden de aplicación; la diferencia se basó, únicamente, en la cantidad de contacto terapéutico establecido. Así, el programa se administró en 3 sesiones en la clínica; es decir, un número cuatro veces menor de sesiones que para el grupo dirigido por el terapeuta, lo que implica una reducción considerable de tiempo de contacto terapéutico.

Más concretamente, aunque el contenido de técnicas terapéuticas es el mismo para los dos grupos de tratamiento, es conveniente poner de relieve que para cubrir la falta de sesiones del grupo de contacto-mínimo se proporcionó material de ayuda en forma de cintas y manuales. De este modo, los sujetos pertenecientes a este grupo acudieron a la clínica sólo en la primera, quinta y séptima semana para aprender el entrenamiento en relajación de 18 grupos de músculos, la técnica de resolución de problemas y la de reestructuración cognitiva. Además, se les dio material consistente en una cinta y un manual para cada semana. Para el resto de las semanas de tratamiento, se proporcionó, igualmente, una cinta y manual por semana y se sugirió la posibilidad de establecer contacto telefónico con el terapeuta en 4 ocasiones: en la segunda, cuarta, sexta y octava semana. En definitiva, el grupo de contacto-mínimo estableció un total de 3.8 horas de contacto terapéutico y utilizó 8 cintas y 8 manuales.

### Grupo control de lista de espera.

Durante el período de 8 semanas correspondiente a la fase de tratamiento, los sujetos del grupo control estuvieron a la espera de ser incluidos en el programa de intervención psicológica. Al cabo de ese tiempo, se les llamaba y se les indicaba que ya podían comenzar el tratamiento si lo deseaban. Aquellos sujetos que aceptaban participar cumplimentaban de nuevo el material de autorregistro durante un período de 4 semanas, a partir del cual se iniciaba el tratamiento. De los 9 sujetos que formaron este grupo, 4 aceptaron ser tratados de las cefaleas de tensión.

### Evaluación postratamiento

Una vez finalizado el tratamiento, los sujetos continuaron registrando diariamente la actividad de dolor de cabeza durante un período de tiempo equivalente al de la línea base: 4 semanas.

### Evaluación en el seguimiento

Al cabo de 3 meses de la evaluación postratamiento, se envió a los sujetos material referente al seguimiento del programa de intervención. Esta material incluía fichas de autorregistro diario de dolor de cabeza para un período de 2 semanas y un cuestionario global de valoración del efecto del tratamiento. Este

proceso se repitió a los 6, 9 y 12 meses, obteniéndose así datos de seguimiento a lo largo de un año.

### **Análisis estadísticos e índices utilizados**

Para responder adecuadamente a los objetivos de este estudio se han realizado distintos ANOVAS. Estos análisis permiten dilucidar si los grupos establecidos *a priori* (Grupo 1: Dirigido por el Terapeuta, Grupo 2: Contacto Mínimo, y Grupo 3: Control de lista de espera) se diferencian en cuanto a los porcentajes de mejoría y de coste-eficacia.

**Porcentajes de mejoría.** Estos índices se han utilizado, siguiendo las sugerencias de otros investigadores (e.g., Blanchard y Schwart, 1988, Richarson y McGrath, 1989; Blanchard y cols., 1990), para clarificar tanto si el tratamiento es eficaz, como si existen diferencias en función de la modalidad de administración. Este porcentaje se ha calculado para cada uno de los índices de dolor de cabeza (frecuencia, intensidad, duración, actividad 1 y actividad 2) a partir de la siguiente fórmula:

$$\% \text{ mejoría} = \frac{\text{Valor pretratamiento} - \text{Valor postratamiento}}{\text{Valor pretratamiento}} \times 100$$

Cuando las comparaciones de los porcentajes de mejoría se realizaron entre los tres grupos, y dado que el valor F y el nivel de significación que proporciona el análisis de varianza, para cada una de las variables, únicamente indica si los grupos difieren o no en esas variables, pero no proporciona información sobre los grupos concretos entre los que se producen esas diferencias, se recurrió a la prueba "a posteriori" de Scheffé. Esta prueba nos indica justamente si las diferencias son estadísticamente significativas entre los grupos tomados dos a dos.

**Coste-eficacia.** Otro de los objetivos que se persigue con este estudio consiste en evaluar cuál es la relación coste-eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual aplicado en dos grupos con un nivel diferencial de contacto terapéutico: dirigido por el terapeuta (8.9 horas) y de contacto-mínimo (3.8 horas). Para ello hemos calculado la relación entre el coste (operativizado en horas de contacto terapéutico) y eficacia (porcentajes de mejoría obtenidos para cada índice de cefalea) en cada uno de los períodos de esta investigación. La fórmula utilizada para realizar esta valoración cuantitativa fue la siguiente:

$$\text{Coste-Eficacia} = \frac{\% \text{ de mejoría de dolor de cabeza}}{\text{Horas de contacto terapéutico}}$$

Esta fórmula indica el cambio que se produce en el dolor de cabeza en relación a la cantidad de contacto terapéutico; en otras palabras, la mejoría que supone cada hora de contacto terapéutico para cada uno de los índices de dolor considerados. Los diferentes análisis de varianza se han realizado utilizando el programa BMDP2V del paquete estadístico BMDP.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan los valores medios y las desviaciones típicas de los porcentajes de mejoría de los diferentes índices de dolor de cabeza, al comparar el período pretratamiento con el postratamiento. Asimismo se presentan los valores F y nivel de significación del análisis de varianza al establecer comparaciones entre los tres grupos considerados en este trabajo.

**Tabla 1.- Medias, desviaciones típicas, valor F, nivel de significación y valor de Scheffé de las diferencias de los porcentajes de mejoría entre los distintos grupos**

	X	SD	F	Prueba de Scheffé
<b>% M. Frecuencia</b>			14.31***	1/3, 2/3
G. Dirigido terapeuta	59.7	28.2		
G. Contacto mínimo	64.2	39.5		
G. Control	-2.6	15.8		
<b>% M. Intensidad</b>			1.86 n.s.	-----
G. Dirigido terapeuta	15.3	39.3		
G. Contacto mínimo	26.2	48.1		
G. Control	-7.6	21.6		
<b>% M. Duración</b>			13.43***	1/3, 2/3
G. Dirigido terapeuta	63.0	28.7		
G. Contacto mínimo	76.2	28.9		
G. Control	5.3	34.5		
<b>% M. Actividad 1</b>			16.09***	1/3, 2/3
G. Dirigido terapeuta	74.7	29.7		
G. Contacto mínimo	76.8	29.0		
G. Control	-7.2	46.1		
<b>% M. Actividad 2</b>			13.30***	1/3, 2/3
G. Dirigido terapeuta	63.1	28.8		
G. Contacto mínimo	72.0	27.4		
G. Control	-6.0	38.4		

\* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001

Si atendemos a los valores medios recogidos de los distintos índices de dolor de cabeza se constata que éstos son más elevados para los dos grupos de tratamiento (dirigido por el terapeuta y contacto mínimo) que para el grupo control de lista de espera. Más específicamente, los porcentajes de mejoría de todos los índices de dolor de cabeza, excepto intensidad, superan en los dos grupos de tratamiento el 50%. Por el contrario, los porcentajes de mejoría del grupo control presentan signo negativo, lo que parece apuntar a que su dolor ha ido en claro aumento.

Si tenemos en cuenta los índices básicos de dolor de cabeza (frecuencia, intensidad y duración), los porcentajes de mejoría más elevados en los dos grupos de tratamiento corresponden a la duración, a continuación se sitúa la frecuencia y, por último, la intensidad. En cuanto a los índices combinados de actividad (1 y 2) reseñar que las mayores puntuaciones corresponden a la actividad 1. Una última observación con respecto a estas puntuaciones medias se refiere a que si comparamos únicamente los dos grupos de tratamiento, se confirma que es el grupo de contacto-mínimo el que obtiene mayores porcentajes en todos los índices de dolor.

En cuanto a la significación estadística los resultados parecen confirmar que los porcentajes de mejoría obtenidos para los distintos índices, excepto la intensidad, establecen diferencias significativas ( $p < .001$ ) entre los grupos. No obstante, es la Prueba a posteriori de Scheffé la que permite clarificar que estas diferencias únicamente alcanzan la significación estadística cuando se comparan cualquier grupo de tratamiento con el grupo control ( $p < .001$ ), y nunca se alcanza la significación cuando se comparan los grupos de tratamiento entre sí.

A partir de estos resultados, parece confirmarse que el tratamiento cognitivo-conductual resulta eficaz en el abordaje del dolor de cabeza tensional; y, esta eficacia no está mediatizada, al menos a niveles estadísticamente significativos, por la cantidad de contacto terapéutico. En otras palabras, nuestros resultados revelan que el grupo dirigido por el terapeuta y el de contacto mínimo obtienen similares porcentajes de mejoría.

Analizada la existencia de diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y el grupo control de lista de espera, y constatada, asimismo, la ausencia de diferencias entre las dos modalidades terapéuticas cuando se compara la fase pre y post-tratamiento, el siguiente análisis (Tabla 2) pretende dilucidar si en los distintos periodos de seguimiento se establecen diferencias entre los dos grupos tratados.

Tabla 2.- Comparación de los porcentajes de mejoría entre los dos grupos de tratamiento a lo largo del seguimiento.

	COMPARACIONES PRE-SEGUIMIENTOS							
	PRET-3 SEG		PRET-6 SEG		PRET-9 SEG		PRET-12 SEG	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
<b>% M. Frecuencia</b>								
G. Dirigido terapeuta	54.3	37.3	53.4	37.0	58.1	29.8	64.9	32.3
G. Contacto mínimo	66.9	39.7	68.7	40.1	66.4	40.7	70.1	40.6
<b>% M. Intensidad</b>								
G. Dirigido terapeuta	21.5	53.1	19.6	54.0	13.2	48.8	31.9	60.0
G. Contacto mínimo	30.8	59.7	38.5	56.6	39.4	50.8	41.1	51.0
<b>% M. Duración</b>								
G. Dirigido terapeuta	67.4	29.4	66.4	33.3	72.4	24.6	76.6	23.2
G. Contacto mínimo	67.5	40.7	65.6	43.9	75.9	37.7	83.8	26.4
<b>% M. Actividad 1</b>								
G. Dirigido terapeuta	75.8	28.8	73.4	33.6	81.6	26.4	84.4	22.6
G. Contacto mínimo	73.9	43.3	82.2	40.9	82.2	39.2	88.6	27.3
<b>% M. Actividad 2</b>								
G. Dirigido terapeuta	67.8	28.4	65.7	29.8	75.4	16.0	75.9	22.2
G. Contacto mínimo	62.0	53.5	73.7	39.9	75.9	37.3	85.6	20.8

Los resultados obtenidos en los distintos seguimientos, tal como se desprende de la Tabla 2, consolidan algunos de los hallazgos que ya se habían avanzado en la comparación pre-postratamiento. Es decir, mientras que la intensidad aparece como el índice que presenta menores porcentajes de mejoría, los restantes índices siguen presentando porcentajes superiores al 50%, siendo, de nuevo, la duración el parámetro básico de dolor con porcentajes más elevados (entre el 67,4 y el 76.6). Además, parece oportuno resaltar que para los dos grupos de tratamiento los pacientes presentan mayores niveles de mejoría al año que a los tres meses. Por último, se confirma que en ningún momento del seguimiento, y para ningún parámetro de dolor, existen diferencias significativas entre los grupos. Hallazgo que, en definitiva, ratifica la progresión similar que en la reducción del dolor se produce en los dos grupos de tratamiento.

En cuanto al *coste-eficacia*, en la Tabla 3 se recogen los valores medios, las desviaciones típicas, valores F y nivel de significación resultantes de los dos grupos de tratamiento.

**Tabla 3.- Medias, desviaciones típicas, valor F y nivel de significación de las diferencias en los distintos índices de dolor en coste-eficacia entre el Grupo Dirigido por el Terapeuta y el Grupo de Contacto Mínimo**

	PRE-POST			PRE-3 SEGUI			PRE-6 SEGUI		
	X	SD	F	X	SD	F	X	SD	F
<b>Coste-eficacia FR.</b>			15,2***			17,6***			19,5***
G. Dirigido terapeuta	6.7	3.2		6.1	4.2		6.0	4.2	
G. Contacto mínimo	16.7	10.3		17.5	10.4		17.9	10.5	
<b>Coste-eficacia INT.</b>			0.86 n.s.			3.6 n.s.			2.3 n.s.
G. Dirigido terapeuta	1.7	4.4		2.4	5.9		2.2	6.1	
G. Contacto mínimo	6.4	11.8		8.1	15.6		10.4	14.8	
<b>Coste-eficacia DUR.</b>			18,6***			10,9***			8,9***
G. Dirigido terapeuta	7.0	3.2		7.8	2.7		7.9	2.8	
G. Contacto mínimo	17.9	8.0		17.7	10.6		19.1	10.8	
<b>Coste-eficacia ACT1</b>			29,7***			12,2***			12,2***
G. Dirigido terapeuta	8.3	3.3		8.6	3.2		8.2	3.7	
G. Contacto mínimo	20.1	7.6		11.9	11.3		21.5	10.7	
<b>Coste-eficacia ACT2</b>			19,2***			11,3***			15,2***
G. Dirigido terapeuta	6.8	3.7		7.6	3.2		8.7	3.3	
G. Contacto mínimo	18.8	7.2		16.2	13.9		20.0	9.0	
	PRE-9 SEGUI			PRE-12 SEGUI					
	X	SD	F	X	SD	F			
<b>Coste-eficacia FR.</b>			16,3***			17,9***			
G. Dirigido terapeuta	6.5	3.3		7.2	3.7				
G. Contacto mínimo	17.3	10.6		18.3	10.6				
<b>Coste-eficacia INT.</b>			3.3 n.s.			3.2 n.s.			
G. Dirigido terapeuta	1.5	5.4		2.9	7.0				
G. Contacto mínimo	10.3	13.3		11.7	12.4				
<b>Coste-eficacia DUR.</b>			11,3***			29,7***			
G. Dirigido terapeuta	8.6	1.5		8.8	2.1				
G. Contacto mínimo	19.8	9.8		21.9	6.9				
<b>Coste-eficacia ACT1</b>			12,1***			29,2***			
G. Dirigido terapeuta	9.1	2.9		9.4	2.5				
G. Contacto mínimo	21.5	10.2		23.2	7.2				
<b>Coste-eficacia ACT2</b>			11,9***			49,4***			
G. Dirigido terapeuta	8.4	1.8		8.8	2.0				
G. Contacto mínimo	19.8	9.7		22.4	5.4				

De acuerdo con los datos se confirma que es el grupo de contacto mínimo el que presenta mayores valores en coste-eficacia frente al grupo dirigido por el terapeuta. Este patrón de resultados se mantiene para todos los índices de dolor y para todos los periodos de comparación. Además, se constata que la ordenación de mayor a menor de los valores coste-eficacia se distribuye del siguiente modo: duración, frecuencia e intensidad.

Teniendo en cuenta las diferencias en el coste-eficacia entre los dos grupos de tratamiento, hemos querido comprobar si éstas alcanzan la significación estadística y para ello hemos realizado un análisis de varianza intergrupo. Los resultados



obtenidos confirman que: a) para prácticamente todos los índices de dolor de cabeza, el coste-eficacia marca diferencias altamente significativas entre los dos grupos de tratamiento, b) la única excepción corresponde a la intensidad, aunque es necesario destacar que en los últimos períodos de la investigación las diferencias entre los dos grupos se aproximan a la significación estadística y c) las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento se mantienen a lo largo del tiempo.

Todo lo anteriormente señalado indica que en el grupo de contacto-mínimo cada hora de contacto con el terapeuta supone un mayor porcentaje de mejoría que en el dirigido por el terapeuta, o lo que es lo mismo: el grupo de contacto-mínimo obtuvo mejorías con menor coste (menos horas de contacto).

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los presupuestos teóricos y los hallazgos empíricos previos, los resultados de la presente investigación acentúan la idoneidad de intervenir psicológicamente en el dolor de cabeza. Además, teniendo en cuenta los objetivos de partida, la consideración tanto del tipo de estrategia terapéutica (cognitivo-conductual) como del tipo de administración, surgen como aspectos de especial relevancia. Así, este estudio ha posibilitado abordar la, siempre complicada, cuestión de "¿mayor eficacia con el mínimo coste?", ya que la evaluación del coste-eficacia ha constituido uno de los pilares fundamentales de este trabajo.

Más concretamente, un primer hallazgo de este estudio es que la intervención que combina diferentes técnicas cognitivas y conductuales tiene efectos claramente positivos en sujetos con dolor de cabeza tensional. Del mismo modo, en diferentes estudios, con pacientes que presentan, únicamente la categoría diagnóstica de dolor de cabeza tensional, se ha puesto de relieve el éxito de los procedimientos cognitivo-conductuales al tratar este tipo de dolor (Anderson, Lawrence y Olson, 1981; Attanasio y cols., 1987; Cuevas, 1984; Figueroa, 1982; Holroyd, Andrasik y Westbrook, 1977; Kremisdorf, Kochanowicz y Costell, 1981; Reeves, 1976; Sterger y Harper, 1980; Tobin y cols., 1988). Igualmente con pacientes con migraña, esta combinación de estrategias de intervención ha resultado eficaz (Huber y Huber, 1979; Knapp y Florin, 1981; Richardson y McGrath, 1989). Evidencia complementaria se ha encontrado también en otros trabajos que incluyeron sujetos con diferentes diagnósticos de cefaleas (migraña, tensional y mixto), de tal modo que la aplicación de modalidades cognitivo-conductuales, también ha generado resultados satisfactorios (Bakal, Demjen y Kaganov, 1981; James, Thorn y Williams, 1993; Johnson y Thorn, 1989; Newton y Barbaree, 1987).

En especial, destacar que a partir de la aceptación unánime, desde una perspectiva clínica, de que la obtención de porcentajes de mejoría es un método aceptable y aconsejable para examinar la eficacia terapéutica (Blanchard y Schwarz, 1988), en esta investigación hemos valorado el efecto de la intervención a partir de los diferentes valores de los porcentajes de mejoría. Así, y a un nivel general, podemos señalar la obtención de valores altos en los porcentajes de mejoría (superiores al 50% para todos los índices de dolor, excepto la intensidad), lo que es indicativo de que el dolor de cabeza ha experimentado una reducción considerable desde el inicio de la investigación. Más concretamente, y una vez realizados los análisis estadísticos se comprueba que las diferencias entre los tres grupos incluidos en esta investigación son notables: los grupos tratados, a diferencia del control, presentan unos valores más elevados de porcentajes de mejoría una vez finalizada la intervención. Este dato, apunta, en una primera aproximación, a confirmar la idea de que el tratamiento si ha producido cambios importantes y que estos cambios fueron en la dirección esperada.

Si comparamos nuestros resultados con los de aquellos estudios que también han evaluado la eficacia terapéutica en base a los porcentajes de mejoría, podemos hacer hincapié en uno de los índices que comúnmente es utilizado en el campo de las cefaleas: actividad de dolor de cabeza. A este respecto, destacar que en nuestro trabajo hemos conseguido un porcentaje medio de mejoría del 63% para el grupo dirigido por el terapeuta y de un 72% para el de contacto-mínimo; a este respecto, mientras Attanasio y cols. (1987) señalan valores más bajos (un 51% para un grupo de tratamiento cognitivo-conductual dirigido por el terapeuta y un 53% en uno de contacto-mínimo), Tobin y cols. (1988) informan de porcentajes ligeramente más elevados (76% para un grupo de contacto-mínimo).

En un segundo momento, y en un intento de profundizar en el alcance de la intervención y, de algún modo, "cuantificar" su efecto se han realizado análisis de varianza con cada uno de los grupos tratados y el grupo control. Los resultados ponen de relieve que tanto el grupo dirigido por el terapeuta como el de contacto-mínimo presentan diferencias importantes y estadísticamente significativas con respecto al grupo control en todos los índices de dolor, excepto la intensidad. Parece, entonces, que la intervención ha producido cambios estadísticamente significativos en 4 de los 5 índices de dolor de cabeza: frecuencia, duración y actividad 1 y 2.

A este respecto, nuestros resultados son altamente consistentes con los informados por otros autores (e.g., Kohlenberg y Cahn, 1981; McGrath y cols. 1992; Richardson y McGrath, 1989) quienes, trabajando con grupos de tratamiento con distinto grado de contacto con el terapeuta y con un grupo control, señalan también la existencia de diferencias significativas entre los grupos tratados y el control.

Un segundo objetivo de esta investigación, y no menos importante, consistía en clarificar si el tipo de administración de la intervención tenía o no un impacto diferencial en los dos grupos de tratamiento. Los resultados de los análisis de varianza realizados entre los grupos, tanto en el postratamiento como en los seguimientos revelan que no existen diferencias significativas, a nivel estadístico, en ninguno de los periodos temporales analizados. Se puede concluir, entonces, que desde un punto de vista estrictamente estadístico ambas modalidades de tratamiento parecen igualmente eficaces.

Estos resultados ratifican los obtenidos en otros trabajos que comparan diferentes modalidades de tratamiento administradas con contacto mínimo y dirigido por el terapeuta. Así, Blanchard y cols. (1985) y Teders y cols. (1984), aplicando únicamente entrenamiento en relajación, con contacto-mínimo y dirigido por el terapeuta, a sujetos con cefalea de tensión, obtienen niveles semejantes de mejoría en los índices de dolor de cabeza en los dos grupos. Cuando a la relajación se le añade un entrenamiento en biofeedback de temperatura, para casos de migraña (Blanchard y cols., 1985; Jurish y cols., 1983) tanto el tratamiento dirigido por el terapeuta como el de contacto mínimo resultan igualmente eficaces. Si en el programa de intervención se combinan técnicas cognitivas y conductuales, los resultados tampoco difieren en función del tipo de administración (Attanasio y cols., 1987).

Un examen más detallado de los resultados en cada uno de los grupos pone de manifiesto que es el grupo de contacto-mínimo el que presenta, en general, porcentajes de mejoría más elevados en todos los índices analizados; lo que parece poder interpretarse en el sentido de que es el grupo de contacto-mínimo el que "mejora más". Mejoría que, teniendo en cuenta el escaso número de sujetos que componen la muestra, puede tener sentido "clínicamente" Este hallazgo no confirma el del estudio de Attanasio y cols. (1987) con pacientes con dolor de cabeza tensional, ni el de Richardson y McGrath (1989) con migrañas. En ambos casos, la intervención cognitivo-conductual dirigida por el terapeuta mostró unos niveles más altos de mejoría que la de contacto-mínimo, aunque no a un nivel estadísticamente significativo.

En cualquier caso, lo que puede afirmarse es que, en función de nuestros resultados, el grado de eficacia terapéutica parece depender más de la "calidad" que de la "cantidad" del contacto con el terapeuta.

Por último, los resultados que hemos obtenido con respecto al coste-eficacia, revelan que los valores son más elevados, para todos los parámetros de dolor, en el grupo de contacto-mínimo. Dato que permite afirmar que el tratamiento cognitivo-conductual aplicado con contacto-mínimo resulta ser más eficaz con un menor coste. Este hallazgo aunque no está muy consolidado en la literatura, debido a la

escasez de estudios que han utilizado este parámetro, si confirma los obtenidos por Blanchard y cols. (1985), Richardson y McGrath (1989), y Teders y cols., (1984).

En definitiva, la mejoría de la cefalea tensional con un procedimiento terapéutico (cognitivo-conductual) que incide sobre los distintos componentes del dolor es, indudablemente, un hecho importante para la psicología clínica. Pero, lo es también, que la aplicación de este tipo de programa con poca cantidad de contacto terapéutico resulte igualmente beneficioso. Dado que hoy día a los servicios de salud pública les preocupa sobremanera los costes de la puesta en marcha de programas de intervención, este estudio ha posibilitado profundizar satisfactoriamente en esta preocupación, comprobando empíricamente que un programa de tratamiento psicológico de las cefaleas llevado a cabo con contacto-mínimo con el terapeuta resulta igualmente eficaz que uno con mayor contacto. Pero, además, desde una perspectiva orientada hacia la toma de decisiones a nivel terapéutico, el análisis de la relación coste-eficacia permite valorar tanto el nivel de mejoría de los procedimientos de intervención como del coste que implica su implementación; es a partir de esta consideración conjunta que la "apuesta" por programas de tratamiento cognitivo-conductual con contacto-mínimo adquiere solidez y relevancia.

## REFERENCIAS

- Anderson NB, Lawrence PS y Olson TW. Within subject analysis of autogenic training and cognitive coping training in treatment of tension. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 1981, 12: 219-223.
- Anthony M y Lance JW. Plasma serotonin in patients with chronic tension headaches. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1989, 52: 182-185.
- Appelbaum KA, Blanchard EB, Nicholson NL, Radnitz C, Kirsch C, Michultka D, Attanasio V, Andrasik F y Dentinger MP. Controlled evaluation of the addition of cognitive strategies to a home-based relaxation protocol for tension headache. *Behavior Therapy*, 1990, 21: 293-303.
- Attanasio V, Andrasik F y Blanchard EB. Cognitive therapy and relaxation training in muscle contraction headache: Efficacy and cost-effectiveness. *Headache*, 1987, 5: 254-260.
- Bakal DA. *The Psychobiology of Chronic Headache*. New York: Springer, 1982.
- Bakal DA, Demjen S y Kaganov JA. Cognitive behavioral treatment of chronic headache. *Headache*, 1981, 21: 81-86.

- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF y Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press, 1979. (Traducción: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Bouwer).
- Bernstein DA y Borkovec TD. *Progressive Relaxation Training: A Manual for the Helping Professions*. Champaign, IL: Research Press, 1973. (Traducción: Entrenamiento en relajación progresiva. Bilbao: Desclee de Bouwer, 1983).
- Blanchard EB. Psychological treatment of benign headache disorders. *J Consult Clin Psychol*, 1992, 60: 537-551.
- Blanchard EB y Andrasik KA. *Management of Chronic Headaches*. New York: Pergamon Press, 1985. (Traducción: Tratamiento del dolor de cabeza crónico: Un enfoque psicológico. Barcelona: Martínez Roca, 1989).
- Blanchard EB, Appelbaum KA, Nicholson NL, Radnitz CL, Morrill B, Michultka D, Kirsch C, Hillhouse J y Dentinger MP. A controlled evaluation of the addition of cognitive therapy to a home-based biofeedback and relaxation treatment of vascular headache. *Headache*, 1990, 30: 371-376.
- Blanchard EB, Andrasik F, Ahles TA, Teders SJ y O'Keefe D. Migraine and tension headache: A meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 1980, 11: 613-633.
- Blanchard EB, Andrasik F, Appelbaum KA, Evans DD, Jurish SE, Teders SJ, Rodichok LB y Barron KD. The efficacy and cost-effectiveness of minimal-therapist-contact, non-drug treatments of chronic migraine and tension headache. *Headache*, 1985, 25: 214-220.
- Blanchard EB, Kirsch CA, Appelbaum KA y Jaccard J. The role of psychopathology in chronic headache: cause or effect?. *Headache*, 1989, 29: 295-301.
- Blanchard EB y Schwarz SP. Clinical significant changes in behavioral medicine. *Behavioral Assessment*, 1988, 10: 171-188.
- Brown JM. Imagery coping strategies in the treatment of migraine. *Pain*, 1984, 18: 157-167.
- Budzynski T, Stoyva JM, Adler CS y Mullaney DM. EMG biofeedback and tension headache: A controlled outcome study. *Psychosom Med*, 1973, 35: 484-496.
- Castro-Bolaño C y Saldaña García C. Evaluación de las variables psicológicas en pacientes con dolor de cabeza tensional. Comunicación presentada al *IV Congreso de Evaluación Psicológica*. Santiago de Compostela, 1995.
- Castro-Bolaño C, Saldaña García C y Otero-López JM. Evaluación del efecto de la intervención psicológica en dolor de cabeza crónico a través del análisis de series temporales. En: D Gómez, (ed.). *Psicología de la salud*. Santiago: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago, 1995.

Cruzado JA y Labrador FJ. Efectos del entrenamiento en inoculación de estrés en cefaleas tensionales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1990, 43: 353-367

Cuevas JL. *Cognitive treatment of chronic tension headache*. Tesis Doctoral. Illinois: University at Carbondale, 1984.

De Bebedittis G y Lorenzetti A. The role of stressful life events in the persistence of primary headache: major events vs. daily hassles. *Pain*, 1992, 51:35-42.

Demjen S y Bakal D. Subjective distress accompanying headache attacks: Evidence for a cognitive shift. *Pain*, 1986, 25: 187-194.

Diamond S y Dalessio DJ. *The Practicing Physician's to Headache*. Baltimore: Williams and Williams, 1978.

Drummond MF. *Principles of Economic Appraisal in Health Care*. Oxford: Oxford University Press, 1980. (Traducción: Principios de evaluación económica en asistencia sanitaria. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1983).

D'Zurilla TJ y Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol*, 1971, 78: 107-125.

Figueroa JL. Group treatment of chronic tension headache. *Behavior Therapy*, 1982, 6: 229-239.

Gerhards F, Rojahn J, Boxan K, Gnade C, Petrik M y Florin Y. Biofeedback versus cognitive stress-coping therapy in migraine headache patients: A preliminary analysis of a comparative study. En: KA Holroyd, B Schlote y H Zens, (eds.). *Perspectives in Research on Headache* (pp. 147-162). Lewiston, N y CJ Hogrefe, 1984.

Glasgow GE y Rosen GM. Behavioral bibliotherapy: A review of self-help. Behavior therapy manuals. *Psychol Bull*, 1978, 85: 1-23.

Glasgow GE y Rosen GM. Self-help behavior therapy manuals. Recent developments and clinical usage. *Clin Behav Ther Rev*, 1979, 11: 1-21.

Haynes SN, Cuevas J y Gannon LR. The psychophysiological etiology of muscle-contraction headache. *Headache*, 1982, 22: 122-132.

Haynes SN, Griffin P, Mooney D y Parise M. Electromyographic biofeedback in the treatment of muscle contraction headaches. *Behavior Therapy*, 1975, 6: 672-678.

Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*, 1988, 8: 1-96.

- Holm JE, Holroyd KA, Hursey KE y Penzien DB. The role of stress in recurrent tension headache. *Headache*, 1986, 26: 160-168.
- Holroyd KA, Andrasik F y Westbrook T. Cognitive control of tension headache. *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1: 121-133.
- Holroyd KA, France JL, Nash JM y Hursey KG. Pain state as artifact in the psychological assessment of recurrent headache sufferers. *Pain*, 1993, 53: 229-235.
- Holroyd KA, Holm JE, Hursey KG, Penzien DB, Cordingley GE, Theofanous AG, Richarson S y Tobin DL. Recurrent vascular headache: Home-based behavioral treatment versus abortive pharmacological treatment. *J Consult Clin Psychol*, 1988, 56: 218-223.
- Holroyd KA y Penzien DB. Client variables and the behavioral treatment of recurrent tension headache. *J Behav Med*, 1986, 6: 515-537.
- Holroyd KA y Penzien DB. *Self-management of Recurrent Headache*. Geneva: World Health Organization, 1993.
- Holroyd KA, Penzien DB, Hursey KG, Tobin DL, Rogers L, Holm JE, Marcille PJ, Hall JR y Chila AG. Change mechanisms in EMG biofeedback training. Cognitive changes underlying improvements in tension headache. *J Consult Clin Psychol*, 1984, 52: 1039-1053.
- Huber HP y Huber D. Autogenic training and rational-emotive therapy for long-term migraine patients. An explorative study of a therapy. *Behavioural Analysis and Modification*, 1979, 3: 169-177.
- International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain, descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, 1986, 3: S1-226.
- James LD, Thorn BE y Williams DA. Goal specification in cognitive-behavioral therapy for chronic headache pain. *Behavior Therapy*, 1993, 24: 305-320.
- Johnson PR y Thorn BE. Cognitive behavioral treatment of chronic headache: Group versus individual treatment format. *Headache*, 1989, 29: 358-365.
- Jurish SE, Blanchard EB, Andrasik F, Teders SJ, Neff DF y Arena JG. Home versus clinic based treatment of vascular headache. *J Consult Clin Psychol*, 1983, 51: 743-751.
- Knapp TW y Florin Y. The treatment of migraine headache by training in vasoconstriction of the temporal artery and cognitive stress-coping training. *Behavioural Analysis and Modification*, 1981, 4: 267-274.
- Kohlenberg RJ y Cahn T. Self-help treatment for migraine headaches: A controlled outcome study. *Headache*, 1981, 21: 196-200.

- Kremsdorf RB, Kochanowicz NA y Costells S. Cognitive skills training vs. EMG-BF in the treatment of tension headaches. *Biofeedback Self Regul*, 1981, 6: 93-102.
- Lacroix R y Barbaree HE. The impact of recurrent headaches on behavior lifestyle and health. *Behav Res Ther*, 1990, 28: 235-242.
- Lance JW. *Mechanism and Management of Headache*. London: Butterworths, 1978. (Traducción: Cefaleas. Clínica y Tratamiento. Barcelona: Doyma, 1980).
- Larsson B, Melin L, Lamminen M y Ullstedt F. A school-based treatment of recurrent headache of chronic headaches in adolescents. *J Pediatr Psychol*, 1987, 12: 553-566.
- Levin HM. *Cost-effectiveness: A Primer*. Beverly Hills: Sage Publications, 1987.
- Martin NJ, Holroyd KA y Penzien DB. The headache-specific locus of control scale: adaptation to recurrent headaches. *Headache*, 1990, 30: 729-734.
- Martin PR, Nathan PR, Milech D y Van Keppel M. The relationship between headaches and mood. *Behav Res Ther*, 1988, 26: 122-132.
- McGrath PJ, Humphreys P, Keene D, Goodman JT, Lascelles MA, Cunningham SJ y Firestone P. The efficacy and efficiency of a self-administered treatment for adolescent migraine. *Pain*, 1992, 49: 321-324.
- McKay M, Davis M y Fanning P. *Thoughts and Feelings. The Arts of Cognitive Stress Intervention*. New Harbinger Publications, 1981. (Traducción: Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca, 1985).
- Murphy AI, Lehrer PM y Jurish S. Cognitive coping skills training and relaxation training as treatments for tension headache. *Behavior Therapy*, 1990, 21: 89-98.
- Newton CR y Barbaree H. Cognitive changes accompanying headache treatment: The use of a thought-sampling procedure. *Cognitive Therapy and Research*, 1987, 11: 635-653.
- Otero-López JM, Castro-Bolaño C, Saldaña García C y López-Guerrero A. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. En: Gómez D, (ed.). *Psicología de la Salud*. Santiago: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago, 1995.
- Philips HC. *The Psychological Management of Chronic Pain*. New York: Springer, 1988. (Traducción: El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide, 1991).
- Philips HC. Thoughts provoked by pain. *Behav Res Ther*, 1989, 27: 469-473.
- Philips HC y Jahanshahi M. The components of pain behaviour report. *Behav Res Ther*, 1986, 24: 117-125.



- Reeves JL. EMG-BF reduction of tension headache: a cognitive skills training approach. *Biofeedback Self Regul*, 1976, 1: 217-227.
- Richardson GM y McGrath PJ. Cognitive-behavioral therapy for migraine headaches: A minimal-therapist-contact approach versus a clinic-based approach. *Headache*, 1989, 29: 352-357.
- Rolf LH, Wiele G y Brune GG. 5-hidroxytryptamine in platelets of patients with muscle contraction headache. *Headache*, 1981, 21: 10-11.
- Saldaña C. Eficacia y límites de las técnicas de biofeedback en el tratamiento del dolor de cabeza tensional. Tesis Doctoral. Bellaterra, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 1982.
- Sorbi M y Tellegen B. Differential effects of training in relaxation and stress-coping in patients with migraine. *Headache*, 1986, 26: 473-481.
- Steger JC y Harper RG. Comprehensive biofeedback versus self-monitored relaxation in the treatment of tension headache. *Headache*, 1980, 20: 137-142.
- Takehima T, Shimomura T y Takahashi K. Platelet activation in muscle contraction headache and migraine. *Cephalalgia*, 1987, 7: 239-243.
- Teders SJ, Blanchard EB, Andrasik F, Jurish SE, Neff DF y Arena JG. Relaxation training for tension headache: Comparative efficacy and cost-effectiveness of a minimal therapist contact versus a therapist-delivered procedure. *Behavior Therapy*, 1984, 15: 59-70.
- Tobin DL, Holroyd KA, Baker A, Reynolds RVC y Holm JE. Developmental and clinical trial of a minimal-contact cognitive-behavioral treatment for tension headache. *Cognitive Therapy and Research*, 1988, 12: 325-341.
- Turk DC, Meichenbaum DH y Genest N. *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-behavioral Perspective*. New York: Guilford Press, 1983.
- Vaccaro D y Feindler E. A comparison of cognitive and behavioral control of tension headaches. Comunicación presentada en *The Meeting of The Association for the Advancement of Behavior Therapy*, New York, 1980.
- Van Allen P, Murphy WD y Long CJ. A comparison of relaxation and cognitive training procedures in the treatment of tension headaches. Comunicación presentada en *The Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy*. Los Angeles, 1982.
- Vallejo MA. Factores específicos e inespecíficos del tratamiento en biofeedback en el tratamiento de las cefaleas. *Investigaciones Psicológicas*, 1989, 6: 145-167.

Villamarín F y Bayés R. Papel de las variables cognitivas en el tratamiento mediante biofeedback EMG de las cefaleas tensionales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1990, 16: 165-192.

Williamson DA, Monguillot JE, Jarrell MP, Cohen RA, Pratt JM y Blouin DC. Relaxation for the treatment of headache. Controlled evaluation of two group programs. *Behavior Modification*, 1984, 3: 407-424.

Yates BT. Cost-effectiveness analysis and cost-benefit analysis: An introduction. *Behavioral Assessment*, 1985, 7: 207-234.

Yates BT. Toward the incorporation of costs, cost-effectiveness analysis, and cost-benefit analysis into clinical research. *J Consult Clin Psychol*, 1994, 62: 729-736.

Ziegler DK. Muscle contraction headache. En: FC Rose, (ed.). *The Management of Headache* (pp. 127-139). New York: Raven Press, 1988.

# EVALUACION MULTIDIMENSIONAL DEL DOLOR CRONICO EN ENFERMOS REUMATICOS\*

M<sup>a</sup> Angeles Pastor<sup>1</sup>, Sofia López Roig<sup>1</sup>, Jesús Rodríguez-Marín<sup>1</sup>,  
M<sup>a</sup> Carmen Terol<sup>1</sup> y Salvador Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dpto. Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.

<sup>2</sup> Dpto. Enfermería. Universidad de Alicante.

## RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo adaptar el "West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory" (WHYMPI) y estudiar sus propiedades psicométricas en enfermos con dolor crónico de origen reumático. El inventario incluye 12 escalas distribuidas en tres partes, que evalúan: la intensidad del dolor y su impacto en los enfermos; su percepción de las respuestas del medio ante la comunicación del dolor y la frecuencia de sus actividades cotidianas. Nuestra versión incluye 46 ítems que presentan una validez convergente y discriminante aceptables. Las soluciones factoriales de cada parte reproducen básicamente la estructura encontrada por los autores, salvo diferencias explicables por la muestra utilizada y variables de tipo sociocultural.

**Palabras clave:** Evaluación, Dolor crónico, Enfermos Reumáticos.

## ABSTRACT

We present a Spanish version of the "West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory" (WHYMPI). Validation was carried out with a group of rheumatic

patients with chronic pain. Three parts of the Inventory, including 12 scales, assess the intensity of pain and its impact on the patients' lives, the responses of others significant to the patients' communications of pain, and the extent of participation in their common daily activities. Our version consists of 46 items showing convergent and discriminant validity. The original structure has been basically reproduced, despite differences which could be explained by specific sample and social and cultural variables.

**Key words:** Assessment, Chronic pain, Rheumatic patients.

## INTRODUCCION

La evaluación de los enfermos con dolor crónico constituye una de las áreas de mayor interés en el estudio y tratamiento de este problema. Actualmente se acepta la necesidad de considerar otras medidas además de la clásica evaluación de la intensidad del dolor. No se puede olvidar que una persona con dolor crónico sufre cambios importantes en su estilo de vida que, a su vez, le exigen considerables esfuerzos cognitivos y comportamentales dirigidos a su adaptación. Las consecuencias psicológicas, comportamentales y sociales de un padecimiento crónico pueden convertirse en poderosos mantenedores del mismo, llegando a formar parte integrante del problema.

El estudio del dolor ha evolucionado desde modelos lineales simples, donde la única variable a "medir" era la intensidad del dolor, hasta modelos más complejos donde se subrayan los aspectos arriba indicados y, desde una perspectiva multidimensional, se traslada el énfasis hacia la persona que padece el dolor. En este sentido, la aproximación cognitivo-comportamental para el estudio del dolor es una de las más extendidas. Desde ella, algunos autores han recomendado evaluar la percepción y significado del dolor para el enfermo, las respuestas que ocurren junto con el dolor (comportamentales, cognitivas, emocionales y físicas), el impacto del dolor en aspectos diferentes de la vida del afectado, las respuestas de personas importantes para el enfermo ante su comunicación del dolor, las estrategias de afrontamiento utilizadas, y las características descriptivas del dolor como, por ejemplo, su localización e intensidad (Turk y Kerns, 1983).

La elección de una u otra aproximación teórica para dirigir el trabajo con el enfermo de dolor crónico, supone la selección de las áreas que consideraremos implicadas en el conjunto de la experiencia dolorosa. Su evaluación será imprescindible para el adecuado diseño y éxito de la intervención así como para la valoración de sus resultados. De este modo, cada aproximación teórica plantea sus propias estrategias y contenidos de evaluación, desde valoraciones exclusivas de la

intensidad del dolor, o valoraciones de las diferentes dimensiones que integran su experiencia (sensorial, cognitiva, afectiva), o registros de las conductas de dolor, hasta medidas de autoinforme sobre el impacto del dolor o estrategias de afrontamiento, entre otras.

El "West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory" (WHYMPI) es un instrumento que fue diseñado específicamente para enfermos con dolor crónico y desde la perspectiva teórica cognitiva-comportamental (Kerns, Turk y Rudy, 1985). Su objetivo principal, tal y como afirman los autores, es evaluar algunos de los aspectos que forman parte de la experiencia subjetiva del dolor crónico, y que son necesarios para su comprensión. Además, Kerns y cols. (1985) han propuesto utilizar los datos recogidos con este instrumento, junto con otros datos médicos para que puedan tratarse en conjunto. Su idea básica es que con independencia de los diagnósticos específicos, se pueden encontrar grupos de enfermos que compartan características comportamentales, psicológicas, sociales y físicas y, por tanto, susceptibles de intervenciones y pronósticos similares. Estos autores han desarrollado uno de los más conocidos modelos multiaxiales de evaluación del dolor, el "Pittsburgh Multiaxial Assessment of Pain" (Turk y Rudy, 1986, 1987).

El WHYMPI, consta de tres partes diferenciadas en las que se evalúa por un lado, la intensidad del dolor y su impacto en la vida de la persona que lo padece (primera parte); por otro, la percepción que tienen estas personas de las respuestas que su medio social da a la comunicación del dolor (segunda parte) y, finalmente, la frecuencia con que el sujeto realiza determinadas actividades cotidianas (tercera parte). Este instrumento es muy utilizado con los enfermos de dolor crónico y ha mostrado tener buenas propiedades psicométricas (Kerns y cols., 1985; Ferrer, González y Manassero, 1993). Como se puede observar, no es exhaustivo respecto a las áreas de evaluación implicadas en el dolor. Tampoco es ese su objetivo. El WHYMPI constituye un primer avance en la evaluación del enfermo con dolor crónico, siendo necesario tal y como afirman sus autores, considerar e integrar los datos recogidos con otros instrumentos de evaluación, como, por ejemplo, datos comportamentales, creencias o estrategias de afrontamiento (Turk y Rudy, 1987).

Dado que el WHYMPI se ha diseñado específicamente para enfermos con problemas de dolor, las muestras en las que mayoritariamente se ha utilizado han sido muestras con dolor crónico benigno heterogéneo. No conocemos estudios en muestras de enfermos con dolor crónico de origen exclusivamente reumático. Además, existen diferentes recomendaciones dirigidas a reproducir las estructuras factoriales de los instrumentos en las diferentes muestras en las que se aplican. Por ello, decidimos realizar este trabajo a pesar de existir una versión del instrumento adaptada al castellano (Ferrer y cols., 1993). En ella la muestra de estudio fueron 100 enfermos de dolor crónico benigno heterogéneo atendidos en una clínica de dolor. Pensamos que ésto nos daba la oportunidad de poder comparar los

resultados obtenidos con una adaptación similar pero para enfermos de dolor crónico de origen reumático. Además, dado que en el primer trabajo de elaboración y validación del WHYMPI (Kerns y cols., 1985) los autores trabajaron con una muestra formada mayoritariamente por hombres (81.5%), nos pareció interesante comparar nuestros datos con otra muestra que, como la nuestra, estuviera formada mayoritariamente por mujeres.

## METODO

### Adaptación del Instrumento.

El WHYMPI consta de 52 ítems distribuidos en tres partes independientes y contestados mediante una escala de siete puntos (de 0 a 6). En el cuadro 1 se expone la composición original del instrumento.

**Cuadro 1.- Composición original del WHYMPI**

<b>NOMBRE</b>	<b>ITEMS</b>
<i>PRIMERA PARTE. PERCEPCION DOLOR E IMPACTO</i>	20
Escala 1. Interferencia	9
Escala 2. Apoyo	3
Escala 3. Severidad del dolor	3
Escala 4. Autocontrol	2
Escala 5. Estado de ánimo negativo	3
<i>SEGUNDA PARTE. PERCEPCION RESPUESTAS PERSONAS IMPORTANTES</i>	14
Escala 1. Respuestas de castigo	4
Escala 2. Respuestas solícitas	6
Escala 3. Respuestas de distracción	4
<i>TERCERA PARTE. FRECUENCIA ACTIVIDADES COTIDIANAS</i>	18
Escala 1. Tareas del hogar	5
Escala 2. Trabajo fuera de casa	5
Escala 3. Actividades fuera del hogar	4
Escala 4. Actividades sociales	4

La traducción del WHYMPI realizada por los autores del trabajo, siguiendo las normas habituales en la traducción de instrumentos de evaluación psicológica, y con el criterio de conseguir un modelo lo más exacto posible, respecto a contenido

y forma, a la versión inglesa (Werner y Campbell, 1970; Brislin, 1986; Marín y Marín, 1991). Una vez traducido se administró a 15 pacientes (tres de cada patología) para comprobar su comprensión. Como resultado de este estudio piloto, se suprimieron dos ítems de la segunda parte al no ser entendidos por los enfermos y exigir explicaciones adicionales (nº1: "Me ignora" y nº7: "Manifiesta frustración"). Además, se variaron los enunciados de los extremos de la escala de respuesta que, a diferencia de la versión original, fueron los mismos para todas las preguntas (0=Nada y 6=Muchísimo, para la primera parte; 0=Nunca y 6=Muy a menudo, para las partes 2ª y 3ª). Finalmente, se modificaron los ítems nº 2 y 6 de la tercera parte del WHYMPI. El nº 2 se refería a la actividad de "cortar el césped", no pertinente para la muestra con la que trabajamos. Por ello, se sustituyó por "trabajar en la huerta o en el jardín". El ítem nº6, cuya traducción era "trabajar en el jardín" se sustituyó por "arreglar las plantas".

### Sujetos.

La versión resultante del estudio piloto fue administrada a una muestra de 199 enfermos reumáticos con las siguientes patologías: Fibromialgia (F), Artritis Reumatoidea (AR), Lupus Eritematoso Diseminado (LED), Espondilitis Anquilosante (EA) y Artrosis (OA). De ellos fueron descartados 22 enfermos (4 con F, 7 con AR, 3 con LED, 6 con EA y 2 con OA) porque, o no acudieron a la segunda entrevista (este trabajo es parte de una investigación más amplia), o no tenían dolor. Así pues, la muestra definitiva está compuesta por 177 sujetos distribuidos de la siguiente forma: F (n=49; 27.7%), AR (n=34; 19.2%), LED (n=29; 16.4%), EA (n=30; 16.9%) y OA (n=35; 19.8%). La mayoría son mujeres (77.4%), está casada (79.1%) y la edad oscila entre 19 y 65 años (M=48.11±11.69). Un 41.8% sabe leer y escribir y un 32.8% tiene estudios primarios; el resto son iletrados (9%), con estudios medios (10.2%) o con estudios universitarios (6.2%). La mayoría están activos en el momento de la entrevista (56%, incluyéndose aquí a las amas de casa), mientras que un 34.4% está de baja (ILT ó ILP) y el resto en paro (5.1%) o jubilados (4%). El tiempo medio de padecimiento de la enfermedad es de 4.5 años y presenta un amplio rango (entre 1 y 11.5 años).

### Instrumentos.

- El "Inventario Multidimensional de Dolor de Yale West-Haven", cuya valoración era el objetivo del trabajo.
- La "Arthritis Impact Measurement Scales" (Meenan, Gertman y Mason, 1980, 1982), adaptada por Pastor (1992), que evalúa el estado de salud en enfermos con artritis, valorando cuatro áreas: "Dolor", "Discapacidad Funcional", "Distrés" e "Impacto Social". En esta adaptación, las puntuaciones altas indican mayor discapacidad en el área de que se trate. Incluye, además, una escala numérica de evaluación global del grado en que la enfer-

medad afecta al enfermo (0= se encuentra muy bien; a 100= se encuentra muy mal).

- El Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-A) (Eysenck y Eysenck, 1975; versión española de TEA ediciones, 1989). Para este trabajo sólo hemos aplicado las escalas de Neuroticismo y Extraversión.
- El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española realizada por TEA ediciones, 1982), utilizando sólo la escala de Ansiedad Rasgo.
- La Escala Multidimensional del Locus de Control del Dolor (Toomey y cols., 1988; versión española de Pastor, López, Rodríguez y cols., 1990). Para evaluar las cuatro variables presentes en la adaptación española: Locus de control "Interno", "Profesionales", "Azar" y "Destino".
- La Escala de Apoyo Social Percibido (Rodríguez, López y Pastor, 1989), que evalúa tres tipos de variables relacionadas con la percepción de apoyo social, aunque para este trabajo sólo utilizamos la cantidad percibida de apoyo y la satisfacción con el mismo.
- Variables de Historia clínica: Se facilitó al reumatólogo una ficha con dos escalas numéricas de 0 a 100, en las que tenía que registrar su evaluación del grado en que la enfermedad afectaba subjetivamente al enfermo de forma global, y del dolor referido por el mismo. Además, valoraba la capacidad funcional del enfermo según la escala de clasificación de la ARA (American Rheumatism Association: Steinbrocker, Traeger y Bateria, 1949), que consta de cuatro valores desde 1 (no hay afectación funcional) hasta 4 (totalmente discapacitado).

### **Procedimiento.**

Debido al bajo nivel cultural de la muestra, todos los instrumentos fueron aplicados mediante entrevista individual, sin la presencia de acompañantes y en el marco hospitalario de consultas externas. Los enfermos eran remitidos por el reumatólogo según su orden de llegada a consulta y previa aceptación voluntaria de participación en el estudio.

### **Análisis de Datos.**

Se han desarrollado programas en lenguaje DBASE para la corrección automatizada de los instrumentos empleados (Sánchez Pérez, 1991, 1992). Los datos han sido tratados estadísticamente con el paquete informático SPSSX-PC. Para el estudio descriptivo se ha utilizado el programa FREQUENCIES. Cada una de las partes del WHYMPY ha sido objeto de un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax, empleando el programa FACTOR ANALYSIS. Consideramos aquellos factores con valor propio superior a la unidad. Seleccio-



namos los ítems de cada factor siguiendo el mismo criterio que los autores del cuestionario: ítems con buena validez convergente (saturación en el factor  $\geq .40$ ) y discriminante (en el caso de saturaciones en dos factores, la diferencia entre ambas debe ser superior a .15).

El estudio de fiabilidad y validez se ha realizado con los programas RELIABILITY y CORRELATION. Para el cálculo de la fiabilidad, utilizamos el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para cada escala, considerando aceptables valores  $\geq .50$  y satisfactorios valores  $\geq .70$ . Respecto al estudio de validez, obtuvimos la correlación interescalas mediante el coeficiente producto-momento de Pearson. De acuerdo con el criterio de los autores del cuestionario, consideramos satisfactoria la validez discriminante de un factor, si el valor de sus coeficientes de fiabilidad superaba los valores de las correlaciones que presentaba con el resto de factores. Finalmente, estudiamos la validez de constructo por medio de un análisis de correlación de los factores con el resto de variables seleccionadas para este fin. Todas las puntuaciones de los diferentes instrumentos, salvo las de apoyo social, se ponderaron de 0 a 100.

## RESULTADOS

### Análisis Factorial del WHYMPI

#### *Primera parte.*

El análisis mostró una solución de cinco factores que explicó un 63.8% de la varianza total. Todos los ítems presentaron una validez convergente aceptable. También cumplieron los criterios de validez discriminante, salvo los ítems nº 4 y 14 que, por lo tanto, fueron eliminados. El ítem nº 8 aunque también saturó por encima de .40 en dos factores (I y II), se incluyó en el segundo pues la diferencia de sus saturaciones en cada factor fue mayor de .15, y fue en el factor II donde presentó la carga más alta. En la tabla 1 se exponen los factores obtenidos, junto con los ítems y sus respectivas saturaciones, y las proporciones de varianza total y explicada por cada factor. Además, en el cuadro 2 se comparan nuestros resultados con los de Kerns y cols. (1985) y con los de Ferrer y cols. (1993).

El Factor I, "*Dolor e impacto en actividades cotidianas*" está formado por seis ítems que hacen referencia a la intensidad de, y sufrimiento por, el dolor y a su impacto en la vida diaria (actividades cotidianas, rutinarias y de trabajo). El Factor II, "*Impacto social*", se compone de cuatro ítems cuyos contenidos incluyen los cambios en las relaciones familiares y sociales. Los tres ítems del Factor III, "*Estado de ánimo negativo*", evalúan el grado en que el sujeto ha padecido un

estado de ánimo bajo, irritabilidad y tensión, durante la semana anterior a la entrevista. Uno de sus ítems, el nº 6, satura con signo negativo, puesto que su sentido es opuesto al del factor (tabla 1). El Factor IV, "*Apoyo*", consta también de tres ítems que valoran la cantidad percibida de apoyo, atención y preocupación recibidos por parte del cónyuge o persona relevante. Por último, el Factor V, "*Autocontrol*", refleja mediante dos ítems el grado de control que percibe el sujeto sobre su situación (tabla 1).

**Tabla 1.- Análisis Factorial de la primera parte del WHYMPI**

	Vt	Ve
<b>Factor I. Dolor e impacto en actividades cotidianas</b>	31.7	49.7
1. Intensidad dolor en este momento	.68	
2. Interferencia dolor actividades cotidianas	.77	
3. Cambio capacidad para trabajar	.74	
7. Intensidad media dolor semana pasada	.70	
12. Sufrimiento por el dolor	.66	
17. Cambio capacidad actividades rutinarias casa	.77	
<b>Factor II. Impacto social</b>	11.7	18.3
8. Cambio capacidad participar actividades sociales	.69	
9. Cambio satisfacción actividades familiares	.73	
13. Cambio relaciones pareja y familiares	.48	
19. Cambio relaciones amigos	.75	
<b>Factor III. Estado de ánimo negativo</b>	8.5	13.3
6. Estado de ánimo general semana pasada	-.57	
18. Irritabilidad semana pasada	.81	
20. Tensión, ansiedad semana pasada	.84	
<b>Factor IV. Apoyo</b>	6.1	9.6
5. Ayuda, apoyo persona importante	.71	
10. Preocupación persona importante	.76	
15. Atención de persona importante	.86	
<b>Factor V. Autocontrol</b>	5.9	9.2
11. Sensación control sobre su vida	.85	
16. Capacidad manejo problemas semana pasada	.82	
(nº 4: Cambio satisfacción actividades sociales) <sup>a</sup>		
(nº 14: Cambio satisfacción en trabajo)		

Vt= porcentaje varianza total; Ve= ídem explicada; a= entre paréntesis ítems eliminados.

Respecto a los tres últimos factores, hay que destacar que coinciden con los de la versión original. Así pues, los factores cuyo contenido incluye dimensiones psicológicas reproducen la estructura de los autores; mientras que existen más discrepancias en los factores que se refieren a la evaluación del dolor y su impacto funcional (ver cuadro 2).

**Cuadro 2.- Comparación resultados análisis factorial de la primera parte del WHYMPI.**

<b>Kerns y cols. (1985)</b>	<b>Pastor y cols. (1995)</b>	<b>Ferrer y cols. (1993)</b>
<b>Factor 1.</b> <i>Interference</i> 2, 3, 4, 8, 9, 13, 14, 17, 19.	<b>Factor 1.</b> <i>Dolor e Impacto en actividades cotidianas</i> 1, 2, 3, 7, 12, 17.	<b>Factor 4.</b> <i>Interferencia del dolor sobre la actividad</i> 2, 3, 14, 17.
<b>Factor 3.</b> <i>Pain Severity</i> 1, 7, 12.	<b>Factor 2.</b> <i>Impacto Social</i> 8, 9, 13, 19	<b>Factor 5.</b> <i>Cambio en actividades sociales</i> 1, 4, 8, 12.
<b>Factor 5.</b> <i>Negative mood</i> 6, 18, 20.	<b>Factor 3.</b> <i>Estado de Animo Negativo</i> 6, 18, 20.	<b>Factor 3.</b> <i>Cambio en relaciones personales</i> 9, 13, 19.
<b>Factor 2.</b> <i>Support</i> 5, 10, 15.	<b>Factor 4.</b> <i>Apoyo</i> 5, 10, 15.	<b>Factor 2.</b> <i>Malestar general la semana anterior</i> 6, 7, 18, 20.
<b>Factor 4.</b> <i>Self control</i> 11, 16.	<b>Factor 5.</b> <i>Autocontrol</i> 11, 16.	<b>Factor 1.</b> <i>Apoyo social percibido</i> 5, 10, 15.
		<b>Factor 6.</b> <i>Autocontrol percibido</i> 11, 16.

**Segunda parte.**

El análisis factorial de los doce ítems de la segunda parte mostró la existencia de tres factores que explicaron un 56% de varianza total. El ítem nº14 saturó en los dos primeros factores con más de .40, presentando diferencialmente más carga en el primero, por lo que optamos por mantenerlo en él dado que cumplía el criterio de validez discriminante (tabla 2). Por otro lado, hay que recordar que los ítems nº 1 y nº 7 de la versión original fueron eliminados de nuestra adaptación como resultado del estudio piloto.

El Factor I, "*Atención-distracción*", agrupa siete ítems que incluyen respuestas de atención y de distracción del dolor. En el Factor II, "*Cuidado*", los tres ítems reflejan respuestas de cuidado hacia el enfermo. El Factor III, "*Castigo*", incluye dos ítems de reacciones emocionales aversivas hacia el enfermo (tabla 2).

**Tabla 2.- Análisis factorial de la segunda parte del WHYMPI**

		Vt	Ve
<b>Factor I. Atención-Distracción</b>		31	55.3
2. Me pregunta qué puede hacer para ayudarme	.67		
5. Hace tareas que me corresponden	.60		
6. Me habla sobre algo para que no piense en el dolor	.72		
8. Intenta que descanse	.71		
9. Intenta que haga alguna actividad	.70		
12. Me anima para que practique algún hobby, alguna distracción	.67		
14. Enciende la televisión para que me distraiga	.58		
<b>Factor II. Cuidado</b>		14	25
3. Me lee algo	.68		
11. Me ofrece algún medicamento para el dolor	.69		
13. Me ofrece algo para comer o para beber	.61		
<b>Factor III. Castigo</b>		11	19.6
4. Se enfada conmigo	.89		
10. Se enfurece conmigo	.89		

(nº1: "Me ignora")<sup>a</sup>

(nº7: "Manifiesta frustración")

Vt= porcentaje de varianza total; Ve= ídem explicada; a= entre paréntesis ítems eliminados

La solución trifactorial obtenida coincide con las de la versión original y la adaptación española anterior, pero existen grandes discrepancias respecto al contenido de los tres factores en cada versión (cuadro 3).

**Cuadro 3.- Comparación resultados análisis factorial de la segunda parte del WHYMPI.**

<b>Kerns y cols. (1985)</b>	<b>Pastor y cols. (1995)</b>	<b>Ferrer y cols. (1993)</b>
<b>Factor 3.</b> <i>Distracting Responses</i> 3, 6, 9, 12.	<b>Factor 1.</b> <i>Atención-Distracción</i> 2, 5, 6, 8, 9, 12, 14.	<b>Factor 3.</b> <i>Respuestas Distractoras</i> 1, 2, 6, 8, 9, 12.
<b>Factor 2.</b> <i>Solicitous Responses</i> 2, 5, 8, 11, 13, 14.	<b>Factor 2.</b> <i>Cuidado</i> 3, 11, 13.	<b>Factor 2.</b> <i>Respuestas de ayuda</i> 3, 5, 11, 13, 14.
<b>Factor 1.</b> <i>Punishing Responses</i> 1, 4, 7, 10.	<b>Factor 3.</b> <i>Castigo</i> 4, 10.	<b>Factor 1.</b> <i>Respuestas expresión de sentimientos negativos</i> 4, 7, 10.

*Tercera parte.*

Esta parte contiene un listado de 18 actividades para que los sujetos indiquen la frecuencia con que las realizan. El análisis descriptivo de los ítems mostró que el nº 2, "Cuidar de la huerta o jardín", presentaba un 79.1% de respuestas en blanco ("no ha lugar"). Por ello decidimos eliminarlo del análisis factorial, el cual mostró una solución de cuatro factores, que explicó un 57.2% de varianza total (tabla 3). Todos los ítems mostraron buena validez convergente y discriminante, excepto el nº 11 ("Dar una vuelta en el coche") que saturaba en el Factor II con .48 y en el Factor IV con .41, por lo que fue eliminado. La versión final de esta parte quedó formada por 16 ítems de actividades.

Tabla 3.- Análisis factorial de la tercera parte del WHYMPI

	Vt	Ve
<b>Factor I. Tareas del hogar</b>	25.6	44.7
1. Lavar platos	.79	
5. Ir a comprar comida	.66	
6. Arreglar las plantas	.58	
9. Ayudar en la limpieza de la casa	.82	
13. Preparar una comida	.86	
17. Poner la lavadora	.78	
<b>Factor II. Bricolage</b>	15.2	26.6
10. Hacer pequeñas reparaciones en el coche	.74	
14. Lavar el coche	.81	
18. Hacer pequeñas reparaciones en la casa	.79	
<b>Factor III. Actividades sociales</b>	9.5	16.6
3. Salir a comer o a dar un paseo	.74	
4. Jugar a las cartas o a otros juegos	.42	
8. Visitar a los amigos	.77	
12. Visitar a los familiares	.59	
<b>Factor IV. Actividades de recreo</b>	6.8	11.9
7. Ir al cine	.80	
15. Hacer una excursión	.67	
16. Ir al parque o a la playa	.40	
(nº2: "Cuidar de la huerta o el jardín" <sup>a</sup> )		
(nº11: "Dar una vuelta en el coche")		

Vt= porcentaje varianza total; Ve= ídem explicada; a= entre paréntesis ítems eliminados.

El Factor I, "*Tareas del hogar*", incluye seis ítems que describen distintas tareas que tienen que ver con el cuidado del hogar. El Factor II, "*Bricolage*", presenta tres ítems referidos a reparaciones y a cuidado del coche. Los cuatro ítems contenidos en el Factor III, "*Actividades sociales*", muestran actividades de ocio

que se realizan con otras personas, amigos y familiares. Por último, el Factor IV contiene tres ítems de "*Actividades de recreo*", propiamente dichas como ir al cine, de excursión o a la playa (cuadro 4).

**Cuadro 4.- Comparación resultados análisis factorial de la tercera parte del WHYMPI**

<b>Kerns y cols. (1985)</b>	<b>Pastor y cols. (1995)</b>	<b>Ferrer y cols. (1993)</b>
<b>Factor 1.</b> <i>Household chores</i> 1, 5, 9, 13, 17.	<b>Factor 1.</b> <i>Tareas del hogar</i> 1, 5, 6, 9, 13, 17.	<b>Factor 1.</b> <i>Tareas del hogar</i> 1, 5, 6, 9, 13, 17.
<b>Factor 2.</b> <i>Outdoor work</i> 2, 6, 10, 14, 18.	<b>Factor 2.</b> <i>Bricolage</i> 10, 14, 18.	<b>Factor 4.</b> <i>Tareas de Bricolage</i> 10, 14, 18.
<b>Factor 4.</b> <i>Social Activities</i> 4, 8, 12, 16.	<b>Factor 3.</b> <i>Actividades Sociales</i> 3, 4, 8, 12.	<b>Factor 2.</b> <i>Actividades Sociales</i> 4, 8, 12.
<b>Factor 3.</b> <i>Activities away from home</i> 3, 7, 11, 15.	<b>Factor 4.</b> <i>Actividades de recreo</i> 7, 15, 16.	<b>Factor 3.</b> <i>Actividades fuera de casa</i> 3, 7, 11, 15, 16.

**Análisis de Fiabilidad.**

En el análisis de consistencia interna, los coeficientes alfa de Cronbach oscilaron entre valores de .41 y .86. De los doce factores, siete obtienen puntuaciones mayores de .70, mientras que los cinco restantes obtuvieron coeficientes entre .41 y .69 (tabla 4). Por tanto, y tal como se puede ver en la tabla, sólo el factor IV de la tercera parte no alcanzó el valor mínimo establecido como aceptable para la consistencia interna.

**Tabla 4.- Factores del WHYMPI: Análisis Descriptivo y de Fiabilidad.**

<b>FACTORES</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>Fiabilidad</b>
<b>PRIMERA PARTE</b>			
FI. Dolor e impacto actividades	61.7	24.4	.85
FII. Impacto social	37.2	29.3	.76
FIII. Estado de animo negativo	43.5	23.8	.75
FIV. Apoyo	75.7	24.6	.69
FV. Autocontrol	47.0	16.3	.66
<b>SEGUNDA PARTE</b>			
FI. Atención-Distracción	57.6	28.6	.72
FII. Cuidado	24.2	26.9	.55
FIII. Castigo	11.4	23.3	.80

FACTORES	M	DT	Fiabilidad
TERCERA PARTE			
FI. Tareas del hogar	63.3	29.5	.86
FII. Bricolage	13.3	22.3	.76
FIII. Actividades sociales	41.2	21.6	.57
FIV. Actividades de recreo	23.6	19.7	.41

### Análisis de Validez.

Las intercorrelaciones entre las escalas muestran un rango entre .00 y .54. Todas estos valores son más bajos que los coeficientes de fiabilidad de los doce factores, a excepción, nuevamente, del Factor IV de la tercera parte. Sin embargo, las correlaciones de éste con el resto, tienen un rango entre .03 y .31, también por debajo de su coeficiente de fiabilidad (.41) (tabla 5). Estos resultados apoyan así la validez discriminante de cada factor.

Tabla 5. Análisis de Correlación Interescalas.

	Primera parte					Segunda parte			Tercera parte		
	FI	FII	FIII	FIV	FV	FI	FII	FIII	FI	FII	FIII
<b>1ª P.</b>											
FI	—										
FII	.54	—									
FIII	.29	.33	—								
FIV	.19	.03	-.04	—							
FV	-.20	-.29	-.28	.17	—						
<b>2ª P.</b>											
FI	.12	-.04	.05	.54	.09	—					
FII	.02	-.04	.05	.23	.14	.41	—				
FIII	.22	.25	.15	-.11	-.14	-.12	.01	—			
<b>3ª P.</b>											
FI	.12	-.05	.22	-.14	.00	.03	-.09	.02	—		
FII	-.25	-.13	-.26	.16	.16	.08	.08	.08	-.33	—	
FIII	-.13	-.16	-.16	.38	.19	.40	.27	-.21	.01	.18	—
FIV	-.12	-.06	-.05	.12	.03	.09	.05	-.09	-.04	.15	.35

N= 177;  $p \leq .001$  si  $r \geq .25$

Para el análisis de la validez de constructo esperamos encontrar relaciones significativas entre los factores y diferentes variables, sobre la base de lo obtenido por los autores y de las relaciones esperadas desde la teoría. Así, en la 1ª parte esperamos que el factor "*Dolor e impacto en actividades cotidianas*" (FI) aparezca relacionado con medidas de evaluación de intensidad de dolor y con medidas

de impacto funcional (por parte del enfermo y del médico). En esa línea, hemos obtenido relaciones significativas y positivas con las evaluaciones del médico acerca del dolor y la enfermedad, con los factores de "Discapacidad funcional" y "Dolor" y "Afectación global por el dolor" evaluados con el AIMS. Sólo la clasificación del médico según la ARA no ha dado los resultados esperados (tabla 6).

**Tabla 6.- Análisis de validez de los factores. Primera parte.**

	Primera parte				
	F1	F2	F3	F4	F5
ARA*	-.12				
Evaluación dolor enfermo	.36	.27			
Evaluación dolor médico	.49	.29	.19		
Ansiedad	.42	.30	.59		6.26
Neuroticismo	.22	.20	.49	-.15	-.27
Extraversión				.12	
Disfunción	.64	.42	.18		-.23
Estado emocional	.48	.41	.64		-.45
Impacto social			.16	-.13	-.22
Dolor	.70	.48	.20	.16	-.17
Impacto global	.66	.50	.27		-.24
Locus interno	-.13	-.23	-.17		.14
Locus azar	.22		.20		
Locus destino	.31	.27	.28		-.14
Locus poder otros					
Cantidad apoyo social				.39	
Satisfacción apoyo social					

En tabla sólo valores de  $r$  cuya  $p \leq .05$ ;  $N=177$  ( $p \leq .001$  si  $r \geq .25$ ;  $p \leq .01$  si  $r \geq .16$ ); \*  $N=104$  ( $p \leq .001$  si  $r \geq .29$ ;  $p \leq .01$  si  $r \geq .22$ )

El factor "*Impacto social*" (FII), aparece relacionado con la medida de afectación global del AIMS y no con medidas de apoyo social y de impacto social del mismo instrumento. El factor "*Estado de ánimo negativo*" (FIII), confirma lo esperado puesto que se relaciona positivamente con las medidas de ansiedad como rasgo, neuroticismo y estado emocional (tabla 6). El factor "*Apoyo*" (FIV), del que esperamos asociaciones con medidas de apoyo social, encontramos relaciones significativas con la cantidad de apoyo social percibido; mientras que aparece una tendencia positiva con la medida de impacto social del AIMS. Por último, respecto al factor "*Autocontrol*" (FV) esperamos relaciones con las variables de locus de control: positivas con el factor interno y negativas con los factores de



azar, otros y destino. Sólo se obtuvieron en el caso de los factores locus "interno" y "destino" (tabla 6).

Respecto a la 2ª parte, esperamos que los sujetos que perciben una mayor frecuencia de "*Respuestas de atención/distracción*" (FI) y de "*Cuidado*" (FII), también perciban mayor cantidad de y satisfacción con el apoyo social, suponiendo la relación contraria para las respuestas de "*Castigo*" (FIII). Además, también esperamos, por un lado, correlaciones significativas de signo negativo entre las variables de personalidad, ansiedad y neuroticismo, y la percepción de respuestas de "*Atención/Distracción*" (FI) y "*Cuidado*" (FII); por otro, correlaciones significativas y de signo positivo con la percepción de respuestas de "*Castigo*" (FIII). El análisis confirmó parcialmente lo esperado, dado que los factores "*Atención/Distracción*" (FI) y "*Cuidado*" (FII) se asociaron positivamente con la cantidad percibida de apoyo social, y con la satisfacción por el mismo, aunque no lo hicieron con las variables de personalidad. Por su parte, las respuestas de "*Castigo*" (FIII) no se relacionaron con las variables de apoyo social, aunque el signo de la correlación fue negativo; mientras que sí lo hicieron con las variables de personalidad, de forma que los individuos con puntuaciones altas en ansiedad y en neuroticismo, también percibieron mayor frecuencia de respuestas de castigo ante su comunicación de dolor (tabla 7).

**Tabla 7.- Análisis de Validez de los Factores. Segunda parte.**

	Segunda parte		
	FI	FII	FIII
Evaluación medico dolor		.25	
Ansiedad			.26
Neuroticismo			.29
Extraversión	.17		
Cantidad apoyo social	.44	.13	
Satisfacción apoyo social	.26	.12	

En tabla sólo valores de  $r$  cuya  $p \leq .05$ ;  $N=177$  ( $p \leq .001$  si  $r \geq .25$ ;  $p \leq .01$  si  $r \geq .16$ ).

En cuanto a las diferentes categorías de frecuencia de actividades de la 3ª parte, esperamos encontrar relaciones entre los cuatro factores y medidas de impacto funcional; y de los factores "*Actividades sociales*" (FIII) y "*Actividades de recreo*" (FIV) además, con medidas de apoyo social. Los resultados muestran que los factores de "*Bricolage*" (FII), "*Actividades sociales*" (FIII) y "*Actividades de recreo*" (FIV) se relacionaron negativamente con el impacto funcional del AIMS; mientras que el factor "*Tareas del hogar*" (FI) lo hace con la clasificación de la ARA y con el impacto global de la enfermedad, ambas valoradas por el médico. El

factor de "*Actividades sociales*" (FIII) además, se relacionó positivamente con las variables de apoyo social, pero no ocurre así con el factor "*Actividades de recreo*" (FIV) (tabla 8).

**Tabla 8.- Análisis de Validez de los Factores. Tercera parte.**

	Tercera parte			
	FI	FII	FIII	FIV
ARA *	-.30			
Evaluación dolor enfermo	-.30			
Evaluación dolor médico		-.20		
Ansiedad	.25	-.24	-.28	
Neuroticismo	.20		-.25	
Extraversión			.20	
Disfuncion		.27	.17	.24
Estado emocional		-.23	-.33	
Impacto social			-.29	
Dolor				
Impacto global		-.17		
Locus interno			.25	
Locus azar				
Locus destino			-.22	
Locus poder otros				
Cantidad apoyo social			.32	
Satisfacción apoyo social			.25	

En tabla sólo valores de  $r$  cuya  $p \leq .05$ ;  $N=177$  ( $p \leq .001$  si  $r \geq .25$ ;  $p \leq .01$  si  $r \geq .16$ ); \*  $N=104$  ( $p \leq .001$  si  $r \geq .29$ ;  $p \leq .01$  si  $r \geq .22$ )

## DISCUSION

En general, la versión adaptada para enfermos reumáticos del *Inventario Multidimensional del Dolor*, ha mostrado propiedades psicométricas aceptables. El análisis realizado para las tres partes del instrumento reprodujo en gran parte la estructura factorial original (Kerns y cols., 1985), con algunas diferencias que pueden ser explicadas por el tipo de muestras empleadas en cada estudio.

En este sentido, y respecto a la primera parte del cuestionario, obtuvimos una solución de cinco factores semejante a la versión original. En ella, los tres factores de contenido más psicológico, "*Estado de ánimo negativo*", "*Apoyo*" y

"*Autocontrol*", coinciden en su composición con los obtenidos por los autores del instrumento (Kerns y cols., 1985). Además, los dos últimos también son coincidentes con los encontrados por Ferrer y cols. (1993) en su adaptación a muestras de dolor crónico heterogéneo. Sin embargo, la mayor discrepancia se ha dado en relación a los ítems que evalúan la percepción de dolor y de su impacto funcional y social. Ninguna de las tres versiones coinciden en este punto. En la versión original del cuestionario, los tres ítems que indican intensidad de, y sufrimiento por el dolor, saturan en un solo factor; mientras que los nueve restantes completan otro, que incluye la valoración de su impacto en las actividades cotidianas y sociales. En nuestro caso, los ítems que evalúan el impacto social del dolor aparecen juntos, separados de los que evalúan el impacto en la vida diaria. Estos últimos componen un único factor junto con la percepción de dolor. A pesar de que este resultado no coincide con la versión original, la agrupación mencionada nos parece bastante coherente puesto que, al menos en nuestra población de enfermos reumáticos, el dolor y su impacto en el funcionamiento cotidiano parecen ir unidos. Ésto presenta el inconveniente de la imposibilidad de utilizar el dolor como una escala aparte; pero es posible que no tenga sentido medir el dolor como un componente separado de su impacto funcional cuando se trate de estudiarlo en términos multidimensionales.

Por otro lado, el resultado anterior coincide con el obtenido en otro trabajo con enfermos reumáticos (Pastor, 1992). En él se adaptó un instrumento específicamente diseñado para valorar el impacto de la enfermedad reumática. Tampoco conseguimos un factor de dolor, independiente de su impacto funcional en las actividades de la vida diaria. Por tanto, parece difícil en estos casos separar el dolor de su interferencia, al menos en el funcionamiento cotidiano del enfermo. No obstante, éste no es un resultado habitual en la literatura sobre el tema. Los instrumentos multidimensionales de evaluación del enfermo con dolor crónico, obtienen siempre dimensiones independientes respecto al dolor y a su impacto en diferentes áreas. Sin embargo, la falta de independencia del factor dolor también fue un resultado llamativo en la adaptación de Ferrer y cols (1993), con una muestra mayoritariamente femenina, al igual que en nuestro trabajo. En el caso de Ferrer y cols. (1993), los ítems referidos al dolor se distribuyeron en dos factores que valoran la actividad social y el bienestar psicológico.

Así, coincidimos con el trabajo anterior en dos aspectos. Por un lado, el dolor no aparece como un factor independiente y, por otro, se separan los ítems de interferencia del dolor en la vida diaria y social, en vez de saturar juntos en un único factor. Aunque en el trabajo de Ferrer y cols. (1993), dolor e impacto social aparecen unidos. Como ya hemos comentado, nos parece más coherente la unión del dolor y su impacto funcional en un único factor. De hecho, la validez de cons-

tructo de éste se ha visto establecida por los resultados obtenidos en el análisis correspondiente.

La segunda parte del *Inventario Multidimensional del Dolor*, evalúa la percepción de las respuestas emitidas por el medio social cercano ante la comunicación de dolor del enfermo. A pesar de que el análisis mostró una estructura trifactorial, coincidiendo con las otras dos versiones de la escala, el contenido de esos tres factores es totalmente diferente en todas ellas. En nuestro caso, el factor mejor establecido es el que valora las respuestas dirigidas a distraer y atender al enfermo. Los dos restantes están sujetos a revisión, uno, "*Cuidado*", por su moderada consistencia interna y otro, "*Castigo*", por su pobre contenido. Este último factor es el más afectado por la eliminación de los dos ítems de esta parte que, precisamente, valoraban respuestas integradas en el mencionado factor en los otros dos trabajos de referencia. Así, lo único que refleja "*Castigo*" son dos grados de expresión de una misma respuesta afectiva ("se enfada", "se enfurece"). Probablemente, se debería intentar modificar la expresión de los ítems eliminados, "Me ignora" y "Manifiesta frustración", para mejorar su comprensión en nuestra muestra, además de añadir otras repuestas de este tipo a la subescala correspondiente. Así, a pesar de que "*Castigo*" sólo consta de dos ítems, decidimos mantenerlo por ser el único que contiene respuestas del medio que se pueden considerar aversivas. Por otro lado, la aceptable validez de constructo de los factores de este parte es otro dato a tener en cuenta para su mantenimiento.

En conclusión, y respecto a esta segunda parte del cuestionario, planteamos la necesidad de revisarla dado su interés desde la perspectiva comportamental, además de ser la única que conozcamos que, de forma sistemática, evalúa la percepción de respuestas del medio social a la comunicación del dolor. Se debería, por un lado, ampliar el número de ítems que componen las respuestas de cuidado y de castigo y, por otro, podría ser interesante incorporar nuevas categorías de respuesta como, por ejemplo, respuestas de extinción.

Por último, la tercera parte consta de cuatro escalas que agrupan diferentes actividades diarias o cotidianas. La solución factorial obtenida coincide en mayor medida con la obtenida por Ferrer y cols. (1993) que con la de los autores del cuestionario. Desde nuestro punto de vista, este resultado puede explicarse por la semejanza en la composición de las dos muestras españolas, además de las diferencias socioculturales de ambas con la cultura americana. Así, las dos primeras categorías de actividades coinciden con la versión de Ferrer y cols. (1993). La diferencia fundamental con los resultados originales se encuentra en que se incluye el ítem "arreglar las plantas" en el factor "*Tareas del hogar*". En la versión original, este ítem satura en el factor "*Trabajo fuera de casa*". Estas variaciones corresponden, de forma coherente, a las diferencias culturales antes mencionadas:

en nuestro ámbito, habitualmente no se "cuida del jardín" y, además, "arreglar las plantas" es una tarea más del cuidado de la casa.

Las diferencias socioculturales parecen actuar más intensamente en los otros dos factores. Las "*Actividades sociales*" contienen el ítem "salir a comer o a dar un paseo", mientras que no incluyen "ir al parque o a la playa", a diferencia de los autores. En nuestro entorno, puede ser más coherente considerar lo que expresa el primer ítem como una actividad social, más que como una actividad de recreo. En cualquier caso, los factores se relacionan de modo coherente con medidas de impacto funcional y, además, en el caso de "*Actividades sociales*" con variables de apoyo social. Sin embargo, dada la baja fiabilidad del factor "*Actividades de recreo*", y de los contenidos de alguno de los factores, consideramos necesario revisar el listado de actividades haciéndolo más amplio y aplicado a nuestro entorno. La solución factorial encontrada en la adaptación realizada por Ferrer y cols. (1993), coincide en esta tercera parte con la nuestra con pocas excepciones.

En conclusión, el *Inventario Multidimensional del Dolor*, podría ser extremadamente útil en enfermos reumáticos dado su exclusivo enfoque en el dolor. Los instrumentos diseñados para estos enfermos se centran en el impacto general de la enfermedad, tratando el dolor como un aspecto más de la misma. Dado que este síntoma suele ser una de las quejas más comunes en algunas de estas enfermedades y, en algunas ocasiones el problema fundamental, resulta interesante disponer de un instrumento que, en aquellos casos que sea necesario, evalúe de forma independiente tanto el dolor como su impacto psicológico, social y funcional. Por tanto, destacamos su carácter complementario en relación a otros instrumentos de calidad de vida e impacto de la enfermedad reumática.

Por otro lado, la aplicación del *Inventario Multidimensional del Dolor* a muestras reumáticas presenta dos ventajas adicionales. La primera de ellas, disponer de un instrumento elaborado sobre la base del enfoque de intervención más común en el tratamiento de cualquier tipo de dolor crónico: el enfoque cognitivo-comportamental. La segunda, y consecuencia directa de la anterior, es la inclusión en este instrumento de una subescala cuyo objetivo es registrar la percepción que el enfermo tiene de las respuestas que su medio social más cercano da a su comunicación del dolor. Este aspecto no ha sido considerado en ninguno de los instrumentos diseñados específicamente para enfermos reumáticos.

La aplicación del *Inventario Multidimensional del Dolor* a muestras reumáticas presenta dos ventajas adicionales. La primera de ellas, disponer de un instrumento elaborado sobre la base del enfoque de intervención más común en el tratamiento de cualquier tipo de dolor crónico: el enfoque cognitivo-comportamental. La segunda, y consecuencia directa de la anterior, es la inclusión en este instrumento de una subescala cuyo objetivo es registrar la percepción que el enfermo tiene de las respuestas que su medio social más cercano da a su comunicación del

dolor. Este aspecto no ha sido considerado en ninguno de los instrumentos diseñados específicamente para enfermos reumáticos.

## REFERENCIAS

Brislin RW. The wording and translation of research instruments. En: W Lonnor y JW Berry, (eds.). *Field Methods in Cross-Cultural Research*. Beverly Hills, Ca.: Sage, 1986.

Eysenck HJ y Eysenck SBG (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton, 1975. (Versión española: *EPQ-A Cuestionario de personalidad para adultos. Manual*. 5ª edición. Madrid: TEA ediciones, 1989).

Ferrer Pérez VA, González Barrón R y Manassero Más MA. El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: Un instrumento para evaluar al paciente con dolor crónico. *Dolor*, 1993, 8: 153-160.

Kerns RD, Turk DC y Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 1985, 23: 345-356.

Marin G y Marin B van O. *Research with hispanic populations*. Newbury Park, Ca.: Sage, 1991.

Meenan RF, Gertman PM y Mason JH. Measuring health status in arthritis. The Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis and Rheumatism*, 1980, 23(2): 146-152.

Meenan RF, Gertman PM, Mason JH y Dunaif R. The Arthritis Impact Measurement Scales. Further investigations of a health status measure. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25(9): 1048-1053.

Pastor MA. El papel de los Factores Psicosociales en la Fibromialgia. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante, 1991.

Pastor MA, López Roig S, Rodríguez-Marín J, Sánchez S, Salas E y Pascual E. Expectativas de control sobre la experiencia de dolor: adaptación y análisis preliminar de la escala multidimensional de locus de control de salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 1990, 2(1-2): 91-111.

Rodríguez-Marín J, López Roig S y Pastor Mira MA. Escala de Apoyo Social Percibido en marcos de salud. Dpto. Psicología de la Salud. Universidad de Alicante, 1989.

Sánchez Pérez S. Programas de corrección por ordenador para el EASP, AIMS, WHYMPI-II y RWCC. Material elaborado para uso interno del Dpto. de Psicología de la Salud, 1991.

Sánchez Pérez S. Programas de corrección por ordenador para el EPQ-A, STAI-R y MPLC. Material elaborado para uso interno del Dpto. de Psicología de la Salud, 1992.

Spielberger CD, Gorsuch RL y Lushene RE. STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Consulting Psychologist Press, Inc., California, 1970. (Versión española: *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual*. Madrid: TEA ediciones, 1982).

Steinbrocker O, Traeger CH y Batterman RC. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *JAMA*, 1949, 140: 659-662.

Toomey TC, Finneran J y Scarborough WB. Clinical features of health locus of control beliefs in chronic facial pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 1988, 3: 213-218.

Turk DC y Kerns RD. Conceptual issues in the assessment of clinical pain. *Int J Psychiatry Med*, 1983, 13: 15-26.

Turk DC y Rudy TE. Assessment of cognitive factors in chronic pain: a worthwhile enterprise?. *J Consult Clin Psychol*, 1986, 54(6): 760-768.

Turk DC y Rudy TE. Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behav Res Ther*, 1987, 25(4): 237-249.

Werner O y Campbell DT. Translating, working through interpreters and the problem of decentering. En: RN Cohen y R Cohen, (eds). *A Handbook of method in cultural anthropology*. New York: American Museum of Natural History, 1970.

#### Notas:

\* Este trabajo ha sido realizado con la ayuda de investigación nº 92/0583 del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FISS) y la ayuda de la DGICYT nº PB91-0753.





5. ¿En qué medida le sirve de ayuda o de apoyo su esposo/a (u otra persona importante para usted) en relación con su dolor?

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muchísimo

6. Puntúe su estado de ánimo general durante la semana pasada

0	1	2	3	4	5	6
Muy bajo						Muy alto

7. ¿Cuán fuerte ha sido su dolor, por término medio, durante la semana pasada?

0	1	2	3	4	5	6
Nada fuerte						Muy fuerte

8. ¿Cuánto ha cambiado el dolor su capacidad para participar en actividades sociales y de recreo?

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muchísimo

9. ¿Cuánto ha cambiado el dolor la satisfacción que obtiene de actividades familiares?

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muchísimo

10. ¿Cuánto preocupa a su cónyuge (u otra persona importante para usted) su problema de dolor?

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muchísimo

11. Durante la semana pasada, ¿cuánto control ha sentido que tenía sobre su propia vida?

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muchísimo

12. ¿Cuánto sufre usted debido al dolor que padece?

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muchísimo

13. ¿Cuánto ha cambiado el dolor sus relaciones de pareja y familiares?

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muchísimo



otra persona importante para usted) le responde de la forma particular que se le indica, cuando usted está sintiendo dolor. Por favor, conteste todas las preguntas.

1. Me ignora.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

2. Me pregunta qué puede hacer para ayudarme.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

3. Me lee algo.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

4. Se enfada conmigo.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

5. Hace tareas que me corresponden.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

6. Me habla sobre algo para que no piense en el dolor.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

7. Manifiesta frustración.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

8. Intenta que descanse.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

9. Intenta que haga alguna actividad.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo



## 4. Jugar a las cartas o a otros juegos.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

## 5. Ir a comprar comida.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

## 6. Arreglar las plantas.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

## 7. Ir al cine.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

## 8. Visitar a los amigos.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

## 9. Ayudar en la limpieza de la casa.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

## 10. Hacer pequeñas reparaciones en el coche.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

## 11. Dar una vuelta en coche.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

## 12. Visitar a los familiares.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

## 13. Preparar una comida.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

14. Lavar el coche.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

15. Hacer una excursión.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

16. Ir al parque o a la playa.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

17. Poner la lavadora.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

18. Hacer pequeñas reparaciones de la casa.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muy a menudo

## BRIEF REPORT

### CANCEROUS DISEASES: SELF-EVALUATION AND THE PROBLEM OF INFORMING THE PATIENT OF THE DISEASE

H. Sklodowski y K. Zboralski

*Department of Psychology  
University of Lodz, Poland*

In discussions concerning cancerous diseases it is difficult for a psychologist to engage in just a certain aspect or detail of the illness itself or the patient's psychic reaction to it.

The issue of informing the patient about the true diagnosis, although broadly described in the literature, remains an open problem for at least two reasons:

1. There is a commonly held public belief that medicine has not made much progress in the treatment of cancerous diseases to date.
2. A vast majority of people continue to consider malignancy as tantamount to a death sentence, different in its imminence as may be, but all the same inevitable.

We often meet with scholarly interpretations of this problem calling for an individual psychological approach to each patient. Of course, an ideal solution would be to employ in oncology wards experienced clinical psychologists who could take up the task themselves. This does not usually happen, however, and that is why not only psychologists, but also doctors and hospital staff should be given appropriate advice so they can rise to the occasion to the best of their ability.

Generally, it must be stated that in the Polish health care system the "do not inform" principle is quite commonly accepted. This is rather unfortunate in the light of the following considerations:

1. By treating people in this way we neglect the extent of patient's intuitive knowledge about the disease.
2. Withdrawal of information from the patient leads to his growing distrust towards doctors and eventually to his conviction that the disease is probably incurable and fatal.

It seems that it is much easier to apply different forms of direct or indirect psychotherapy to a patient who knows the true diagnosis, prognosis, course of treatment, etc. However, without prior diagnostic procedures the problem in question becomes insoluble.

Cancerous diseases and the associated situations cause a heavy burden to patient's emotional sphere. The reactions which follow are almost always negative, with fear and anxiety being the dominant syndromes.

A psychologist or a doctor must know whether he can tell the truth and when and how to tell it.

A group of patients with various kinds of cancer were subject of our study. The focus was on cognitive rather than statistical aspects of the study, so we ignored the age, sex and the degree of the disease according to developmental criteria. Besides, the adopted approach of a "casual event study" was highly individualized and time consuming, which made it unfeasible for statistical analysis.

Half of the 42 patients under investigation were informed of the diagnosis to a satisfactory degree. The average age of this group -47 years. The starting point for us was to delimit the following eight periods within human life:

1. Childhood
2. Adolescence
3. The period of professional work
4. The act of marriage
5. Formation of a family
6. Fulfilment of one's lifetime goals
7. THE ILLNESS
8. The period of the illness according to the patient's opinion as to which of the three spheres his prognosis should be assigned to:
  - a) The sphere of success (score 3),
  - b) The sphere of limited success (score 2),
  - c) The sphere of misfortune (score 1).



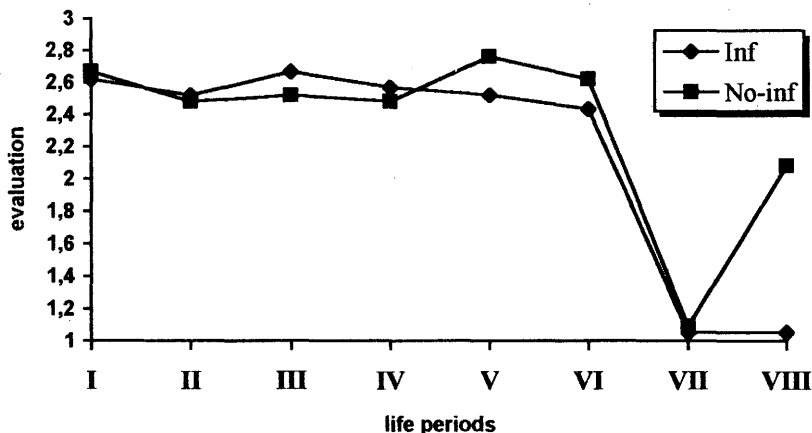
In the course of the study by the casual event approach an evaluation of the relevant period was performed by the patient himself (or by the psychologist familiar with the patient's statement).

The results of the study are presented in a graphic form below:

**Average scores for patients in groups of success, limited success and misfortune in the eight periods of life**

Periods of Life	Patients Uninformed	Patients Well-informed
Childhood	2.62	2.67
Adolescence	2.52	2.48
Professional work	2.67	2.52
Marriage	2.57	2.48
Formation of Family	2.52	2.76
Goals Fulfilment	2.43	2.62
Illness	1.05	1.09
Information (self-evaluation)	1.05	2.08

**Average scores for patients in groups of success, limited success and misfortune in the eight periods of life**



INF: patients informed of their diagnosis; NO-INF: patients uninformed of their diagnosis

The diagrams of average results for the two groups of patients differ significantly only for one of the relevant periods, i.e. Period VIII, which represents subjective evaluation of one's chances (at significance level of  $p < 0.001$ ).

Thus, we come to the assertion that has already been signalled, namely, that almost all the patients who have been informed about their disease place the period of illness in the sphere of a limited success. This observation creates, in our opinion, a promising avenue for a more successful psychological and medical therapy. We have noticed, moreover, that conversations with patients having a rather complete picture of their illness proceeded quite differently than those with the unaware of their true state. The informed group was eager not only to accept the medical measures, but even co-operate with the doctors in the common fight against the illness.

And what more can one expect from a terminally ill patient?

#### SELECTED BIBLIOGRAPHY

Skłodowski H and K Zboralski. *Cancerous Diseases: The Problem of Informing Patients of the True Diagnosis*. Proceedings of the National Symposium on Psycho-Somatic Medicine, Kolobrzeg, Poland, 1992.

Susłowska M. Research on the psychological aspects of cancerous disease. In: *Basic Problems of Clinical Psychology*. Lodz, Poland: University of Lodz Press, 1982.

Zboralski K. *Problems of Everyday Life Among People With Cancer*. Unpublished Master's Thesis. University of Lodz, Poland, 1983.

## BRIEF REPORT

### INDEX OF PSYCHIC HEALTH - A SUPPLEMENT TO A ROUTINE MEDICAL EXAMINATION

**K. Zboralski, H. Skłodowski y D. Szczesny**

*Department of Psychology  
University of Lodz, Poland*

Within a holistic conception of health and disease, the level of psycho-social functioning is determined by three main dimensions: biological, psychic and social. Thus, human life activity can be considered as a biopsychic-social entity. In order to state whether mental health of a given subject in a certain period of time is better or worse, it is necessary to limit the range of this notion to such elements which enable one to determine a criterion for the level of psycho-social functioning. Achievement of this aim has been assumed in the dependent variable adopted by us. Its operation process relies on the evaluation of an individual, in the context of recurring

complaints having the character of "pre clinical symptoms". It is based on an empirical construction of an "index". Factors which may affect psycho-social functioning (and/or explain it) are represented via independent variables. In the first place, a number of psycho-social variables have been taken into account.

Investigations were conducted among youth (II and IV form) from two secondary schools.

**Table 1.- The size of the investigated population.**

Form	1 School	2 School	Total
II	101	45	146
IV	96	38	134
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>83</b>	<b>280</b>

A feeling of psycho-physiological discomfort as a sign of possible pathological changes in an organism may appear in all dimensions of life (biological, psychical and social) or only in some of them. Increased emotional tension, anxiety, mood depression, appearance of complains from particular organs or systems, lowering tolerance to difficult interpersonal contacts, feeling of maladaptation in social environment, weakening of motivation etc. are the most common indicators of declining level of psycho-social functioning. These "symptoms" may often be linked to the process of solving some difficult life problems. In case of correct psycho-physical construction and with simultaneous undertaking of rational activity they may turn out to be temporary. An alternative to such an interpretation could be a suggestion that these complains form perhaps a set of "pre clinical symptoms".

In order to estimate the level of psycho-social functioning, a data questionnaire was prepared and an index of psychic health (social dimension) was constructed on its basis.

The questionnaire included:

1. Age,
2. Family situation (financial status, conflicts, siblings and the like),
3. Social situations (company, conflicts, social expectations and the like),
4. Motivation for further education and expectations for the future,
5. Statements concerning subjective feeling of psychophysical health.

The following methods were applied to construct sub-indices of health-psychic and biological dimensions:

- A. Subjective direct and indirect examination: anamnesis, standardized psychiatric interview, Zung's Scale of Depression Self-evaluation, Hamilton's Anxiety Scale, Questionnaire of Psychosomatic Symptoms;
- B. Objective examination: routine examination of somatic conditions, examination of psychic condition.
- C. Additional investigations: analysis of additional examinations and consultations by specialists, analysis of medical documentation (pupils' health books and charts, medical certificate of the Regional Military

Medical Board, active counselling books, documentation from school physicians).

On the basis of the above-mentioned methods, empirical construction of a psychic health index (global dimension) was carried out (arithmetic mean of biological, psychic and social sub-indices). Then, normalization to sten scale was performed, where the results were considered to be high (10-7 sten), average (6-5 sten), low (4-1 sten).

Interpretation of indices is inversely proportional to the height. That means, that subjects whose results were in the range 7-10 sten present psychic discomfort. Evaluation of the investigated population as regards the above index is as follows:

**Table 2.- Distribution of the investigated population as regards the level of sub-indices.**

Index dimension	Biopsychosocial		Biological		Psychic		Social	
	N	%	N	%	N	%	N	%
High	91	32.5	88	31.4	93	33.2	90	32.1
Average	114	40.7	107	38.2	100	35.7	123	43.9
Low	75	26.8	85	30.4	87	31.1	67	23.9

Objectivization of the constructed index was carried with recourse to the following psychological methods:

1. Standardized psychological interview
2. Strelau's Questionnaire of Temperaments
3. Eyseneck's MPI
4. Gough and Heilbrun's Tests of Adjectives
5. Plonska and K. Wrzesniewski's STEPPE
6. Raven's TMS

## RESULTS

The construction of the index of psychic health enables characterization of the examined conception. The index of bio-psycho-social dimension allows quick and objective evaluation of the feeling of psychic comfort. Whenever its level is in the high range of results, the system of the remaining three sub-indices let the researcher see all the health dimensions in which the psychic discomfort is most intensive.

Objectivization of the index, with the help of the psychological methods mentioned, was performed via a correlation procedure and investigation of the index's prediction based on the analysis of linear regression model. The obtained results supported the claim, that the index construction appeared to be well-founded. Basing on the value of the correlation coefficients, characteristic features of subjects with a feeling of psychic discomfort were defined. Such subjects showed: emotional liability, increased level of anxiety, irritability, changing mood, aggressiveness, impulsiveness, pessimism, passiveness, wariness, resignation, decreased excitability, increased level of anxiety conditioned by the situation, and what is more important tendency to react with anxiety, uneasiness, predisposition towards concentration of emotional states, declining interests, increased susceptibility to stimulation of the environment, decreased demand for interpersonal contacts, feeling of isolation, low self-evaluation and low level of self-acceptation.

Prognostic value of the constructed index was verified with recourse to the theory of regression. From among 15 independent variables 8 were qualified for the final model of linear regression. Those variables were thought to be of significance in predicting the level of psycho-social functioning (level of neurotism, anxiety-character, a lie, self-acceptation, mobility of nervous processes, anger-character, anger-state, curiosity-character). When the model of linear regression was applied a multiple correlation coefficient  $R=0.62$  was obtained.

Prognostication could be made via linear regression equation and the obtained parameters would define the regression line. In this way, an index of psycho-social functioning was obtained. The model of multiple linear regression was applied for dependent variables of partial dimensions (biological, psychic and social) in exactly the same way.

It was determined that variables such as neurotism, anxiety-character, a lie, self-acceptation, anger-state, mobility of nervous processes, anger-character and curiosity-character may be taken into consideration in prognostication of psycho-social functioning of youth or in prophylaxis.

## CONCLUSIONS

1. Construction of the index of psychic health may serve as an additional source of information on the quality of man's life.
2. Applications of this index in epidemiological investigations allows for quick orientation in the sphere of feeling of psychic comfort, directing at the same time to particular health dimensions. In this respect, it is a perfect

supplement to routine medical examinations which still do not concentrate satisfactorily on the level of man's psychic functioning.

3. The constructed index may be taken into account in predicting man's behavior as well as in prophylaxis and therapeutic procedures.

## BIBLIOGRAPHY

Allport GW: Personality: normal and abnormal. In: Hung-Min-Chiang and AH Maslow, (ed.). *The healthy personality readings*. Melbourne: Reinhold Co., 1969.

Conger J: *Adolescent and youth: Psychological development in a changing world*. New York. 1977.

Gough HG and Heillbrun AB: *The adjective check list: Manual*. Palo Alto. 1983.

Sowa J: *Cultural presumption of normality in psychiatry*. Warsaw: PWN Editions, 1984.





## LIBROS REVISADOS

Bayés, R. **SIDA y psicología**. Barcelona: Martínez Roca, 1995.

El abordaje psicológico y científico que el autor hace al tema de la infección por VIH se encuadra en un marco de solidaridad especialmente dedicado a todo aquel que siente la inquietud y el deseo de poner su granito de arena en la lucha contra una de las muchas injusticias de nuestra sociedad, como es el rechazo y la marginación de las personas portadoras del VIH y de los enfermos de SIDA.

En el capítulo 1 hace una descripción detallada de lo que es el problema del SIDA, vías de transmisión, epidemiología y una actualización farmacológica al respecto. Lo más importante del apartado sería la definición de SIDA como enfermedad conductual donde el cambio de conductas sería el arma más eficaz en la lucha contra este problema. Hace también una revisión de la problemática, en relación con las cárceles, la prostitución y las violaciones. El capítulo finaliza hablando de la multidimensionalidad del hombre, y la importancia de los equipos interdisciplinarios a la hora de hacer una intervención global en la enfermedad.

El segundo capítulo lo dedica a los objetivos de una intervención psicológica tocando el tema del problema que supone el enfoque educativo habitual a la hora de abordar una enfermedad centrándose sólo en su tratamiento olvidándose de la prevención de la misma. Determina cuales serían los objetivos en prevención primaria y se centra sobre todo en los riesgos que conlleva el etiquetado de los enfermos con VIH, ya que esto crea la llamada "falsa seguridad". Recalca la importancia de la prevención en el aspecto sexual, debido a la desaparición de lo conocido como "grupos de riesgo", y describe distintas estrategias que confieren diversos grados de garantías frente a la infección (absolutas, elevadas y dudosas).

Hace también hincapié en los comportamientos de prevención en los usuarios de drogas por vía parenteral haciendo de nuevo una enumeración de estrategias que garantizan en distinta medida la protección frente al contagio del virus, señala los distintos programas puestos en marcha en este campo, como son el de deshabituación, el programa de mantenimiento con metadona, el de intercambio de jeringuillas y el de cambio de vía de administración, y sobre todo la utilidad de los

elementos facilitadores a la hora de comenzar un programa de cambio de conductas, ya que la información por sí sola no es suficiente, aunque si necesaria.

El tercer capítulo está dedicado a cómo conseguir los objetivos en prevención primaria, de nuevo señala la insuficiencia de la información en la adopción de conductas preventivas, proponiendo en este apartado un modelo psicológico de prevención; este modelo se caracteriza por ser multifactorial e interactivo y se encuentra influido por los modelos de Green y Rachlin. La propuesta pretende poseer características bio-psico-sociales y ser dinámica, centrándose fundamentalmente en: el cambio de actitudes y normas, la disminución de reacciones emocionales adversas, el adiestramiento en habilidades, la facilitación de conductas alternativas a las de riesgo, y el refuerzo de conductas de prevención.

El capítulo hace también un repaso al tema de la psiconeuroinmunología, centrándose en el binomio emoción y SIDA, tras una amplia revisión a la bibliografía relacionada con el tema se apoya en el trabajo de Spiegel con el carcinoma de mama metastásico para apoyar la estrecha relación y la importancia del apoyo psicológico en la modulación del sistema inmune.

Posteriormente hace un análisis funcional de la conducta para intentar responder a interrogantes "¿Por qué muchas personas bien informadas practican conductas de riesgo?", halla la clave en la relación temporal que hay entre la conducta y el refuerzo de ésta, y habla del importante papel que cumple la demora de la recompensa; una posible alternativa propuesta sería el acercamiento cognitivo de las consecuencias a largo plazo de los comportamientos de prevención. Dedicado, también, un apartado en este capítulo a analizar la influencia en las conductas de lo que es el riesgo percibido frente al riesgo real y a la importancia del refuerzo social en la adopción de comportamientos de prevención.

En todo el capítulo introduce como herramienta fundamental a la hora de llegar a los objetivos, el counselling, tanto en la prevención de la población general como en el caso de los profesionales que trabajan directamente con el tema, introduciendo en este punto el síndrome del burn-out. Finaliza el apartado con un repaso al tema del deporte y el SIDA.

En el capítulo cuarto considera cómo conseguir los objetivos en prevención secundaria y terciaria, basándose en este caso en el modelo asistencial de Stjernswarrd en el que se habla ya no sólo de curar sino de cuidar; introduciendo aquí el tema de la terapia paliativa, donde cambian los objetivos en relación con la terapia curativa.

Merece la pena detenerse en la idea planteada por el autor, según la que para cubrir los objetivos con los enfermos en situación terminal son importantes dos cosas:

1. La concepción integral del hombre.
2. Los equipos multidisciplinares.

Hace también un análisis detallado de la problemática referente a la ansiedad, la depresión y el sufrimiento en el SIDA subrayando la importancia de la ayuda emocional en ésta enfermedad, no solo por el incremento que supone en la calidad de vida sino por su importante relación con el sistema inmune. Una vez más introduce el counselling como herramienta más eficaz en la comunicación con enfermos con VIH en todos los aspectos, y para evitar el síndrome del burn-out en el personal sanitario.

Dedica un apartado a la atención a los enfermos en situación terminal y en la gran labor que se desarrolla en las unidades de cuidados paliativos, sobre todo a nivel de control de síntomas, acompañamiento y soporte emocional tanto al paciente como a su familia; es interesante la presentación que hace de los enfermos en situación terminal.

Los siguientes puntos tratados se refieren a la hipocondría y al SIDA, a la utilidad del counselling en parejas VIH que desean tener hijos, en niños y en adolescentes, y retoma la importancia del bienestar en enfermos crónicos, de las unidades de cuidados paliativos y del papel del psicólogo en dichas unidades.

Finaliza el capítulo haciendo mención a la función de las ONGs en éste problema.

El capítulo quinto está dedicado al tema de cómo saber si hemos conseguido los objetivos propuestos; donde el apartado en los aspectos referentes a la investigación en VIH y sus necesidades y determina algunas pautas útiles en éste área, también se detiene en el arte de hacer las preguntas no sólo a nivel de manejo psicológico sino también de investigación médica.

El siguiente punto trata de la evaluación neuropsicológica y a la importancia de la elaboración de instrumentos rápidos, válidos y fáciles de administrar para poder determinar el avance de la enfermedad y para poder evaluar la posibilidad de alteración neuropsicológica sin tener que recurrir al TAC o resonancia que son más costosos y lentos. Es especialmente interesante en éste punto el análisis que hace de la batería desarrollada por Arranz para éste tipo de exploraciones y su utilidad a nivel práctico.

Hace también una revisión de la forma de evaluar el comportamiento sexual, la conducta adictiva, y la calidad de vida en personas infectadas, tanto adultos como niños, presentando en éste apartado el cuestionario de percepción de síntomas en este tipo de pacientes dirigido a identificar los síntomas que más molestan al enfermo y de esta forma solucionarlos para mejorar su calidad de vida y que el último período de éste no sea una espera angustiada de la muerte, sino tiempo de vida. Es destacable también la evaluación que hace del grado de adaptación a la enfermedad y la observancia del tratamiento por el paciente; de los programas tanto españoles como americanos de intercambio de jeringuillas, y de las conductas de riesgo.

El capítulo finaliza con un pequeña repaso sobre la investigación de SIDA en España y América latina, siempre desde un prisma psicológico, destacando como pioneros en éste campo a Pilar Arranz desde el hospital La Paz en Madrid, Pilar Barreto en Valencia y el propio autor entre otros.

*Cordelia Estevez*

# BOLETIN DE SUSCRIPCION

ROGAMOS CUMPLIMENTAR A MAQUINA O EN MAYUSCULAS

Dirección de envío:  
 Nombre: ..... Apellidos: .....  
 Dirección: ..... n°: ..... Piso: ..... Pta: .....  
 Población: ..... D.P: ..... Prov.: ..... Pais: .....

Datos profesionales:  
 Titulación académica: ..... Especialidad: .....  
 Centro trabajo: ..... Cargo: .....  
 Actividades profesionales privadas: .....

Suscribame a la REVISTA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD  
 durante el/los años: .....  
 que pagaré

- Con cargo a mi cuenta corriente (rellénesse cupón adjunto)
- Mediante talón adjunto
- Transferencia bancaria a la Cta. Cte. n° 3100.10000008.5 de la

Universidad de Alicante. Suscripción Revista de Psicología de la Salud. Cuenta en la Caja de Ahorros del Mediterráneo.

Importe suscripción anual (2 números):

**Personal:** 1.700 pts: números atrasados sueltos: 1.200 pts

**Instituciones:** 2.500 pts: números atrasados sueltos: 1.500 pts

## CUPON DE DOMICILIACION BANCARIA

Nombre: ..... Apellidos: .....  
 Calle/Plaza ..... D.P: .....  
 Ciudad: ..... Prov.: .....

Banco o Caja de Ahorros ..... Suc. n° .....




Cuenta/Libreta n°: .....

**Banco      Oficina      Control      Cuenta**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Calle/Plaza ..... D.P: .....  
 Ciudad: ..... Prov.: .....

Muy Sres míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan  
 cargar a mi Cuenta corriente n° ..... el  
Libreta de Ahorro ..... el  
 importe de la suscripción anual a la REVISTA DE  
 PSICOLOGIA DE LA SALUD.

			
		<p><b>REVISTA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD</b></p> <p>Dpto. Psicología de la Salud Facultad de medicina Universidad de Alicante <b>ALICANTE</b></p>	

----- DOBLAR -----







## NORMAS PARA LA ACEPTACION DE TRABAJOS

1. La Revista de Psicología de la Salud publica trabajos de carácter empírico que estén realizados con rigor metodológico y que supongan una contribución al progreso de cualquier ámbito de la psicología de la salud. También se aceptan trabajos de naturaleza teórica o de revisión que tengan que ver con los objetivos generales de la Revista.
2. Los trabajos habrán de ser inéditos, no admitiéndose aquéllos que ya hayan sido publicados total o parcialmente, ni los que están en proceso de publicación o hayan sido presentados a otras revistas para su valoración. Se admitirán trabajos escritos en Español, Inglés o Francés.
3. Los trabajos deberán estar mecanografiados en folios o DIN-A4 a doble espacio, por una sola cara, con márgenes de 3 cms. y numeración en la parte inferior derecha. En hoja aparte se incluirá el título y un resumen en castellano y en inglés, entre 100 y 150 palabras, así como un apartado de palabras clave (no más de seis) en ambos idiomas. Las figuras y tablas (una en cada hoja) deberán ser compuestas por los autores del modo como deseen que aparezcan y estar numeradas correlativamente, indicándose su ubicación en el texto.
4. Los autores deberán remitir a la revista, junto a la copia impresa del trabajo, un disquete de formato MS-DOS con él o los archivos originales. La revista aceptará tanto disquetes de 3,5" como de 5,1/4" en doble o alta densidad. En cualquier caso se indicará el procesador de texto utilizado, siendo preferible la utilización de "WordPerfect" 5.0 o superior. También se admitirá el formato ASCII. El texto deberá componerse sin sangrados, justificación ni palabras partidas.
5. Todos los manuscritos serán revisados anonimamente. Los autores se esforzarán en que el texto no contenga claves o sugerencias que los identifiquen. De no existir otra indicación, la correspondencia se mantendrá con el primer autor. Es recomendable la disposición de un teléfono de contacto.
6. Los artículos constarán de los epígrafes característicos de la investigación científica: a) Título, autores e institución a la que pertenece; b) Resúmenes en castellano e inglés; c) Texto organizado en (1) Introducción, (2) Método, (3) Resultados, (4) Discusión, y (5) Referencias bibliográficas.
7. Se utilizará un máximo de 6 palabras clave, que sean términos del Index Medicus o del Thesaurus del Psychological Abstracts.
8. La preparación de los manuscritos ha de atenerse a las normas de publicación de la American Psychological Association.
9. Si se acepta un trabajo para su publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista. Revista de Psicología de la Salud no rechazará cualquier petición razonable por parte del autor para obtener permiso de reproducción de sus contribuciones. Asimismo, se entiende que las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la Revista.
10. Los trabajos serán enviados por correo y por triplicado a la siguiente dirección:  
Revista de Psicología de la Salud.  
Dpto. de Psicología de la Salud.  
Facultad de Medicina.  
Universidad de Alicante.  
Campus de San Juan.  
Apdo. correos 374. 03080 Alicante.
11. Se dará acuse de recibo del trabajo al primer autor, siendo devueltos, en un plazo aproximado de 3 meses, aquellos trabajos no aceptados. Eventualmente, la aceptación definitiva podría hacerse depender de mejoras o modificaciones del trabajo que los consultores o el consejo editorial proponga al autor.

*REVISTA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD / JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*

Edita: Departamento de Psicología de la Salud  
Universidad de Alicante

Imprime: CORPAS, C. B.

Dep. Legal: A-1052-1988

ISSN: 0214-6118

Este número ha sido subvencionado por: Universidad de Sevilla

