

# XI CONGRESO NACIONAL Y I INTERNACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA



Imágenes cedidas por Elena Castillo

## PSICOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTOS TRANSDIAGNÓSTICOS

*24-26 Octubre 2019*

*Campus Universitario de Teruel  
(Universidad de Zaragoza)*

ORGANIZAN



**A.E.P.C.P.**

Asociación Española de  
Psicología Clínica y Psicopatología



**Universidad  
Zaragoza**

# ORGANIZA



**Universidad  
Zaragoza**

# PATROCINA



# COLABORA



© Jorge Osma López y Verónica Martínez Borba

1.ª edición. Zaragoza, 2019

Edita: Servicio de Publicaciones. Universidad de Zaragoza

ISBN: 978-84-16723-84-3

doi: 10.26754/uz.978-84-16723-84-3



Servicio de  
Publicaciones  
**Universidad Zaragoza**

# CONTENIDO

---

Presentación Congreso .....	8
Saludo Presidenta.....	9
Comités .....	11
<i>CONFERENCIAS</i>	
Shannon Sauer-Zavala.....	13
Janet Treasure.....	14
Azucena García Palacios.....	15
Jill Ehrenreich-May.....	17
Cristina Botella Arbona .....	19
<i>SIMPOSIOS</i>	
<b>Simposio 1.....</b>	<b>21</b>
C.1 Eficacia de un programa de promoción de la salud sexual en adolescentes que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. Un estudio preliminar .....	22
C.2 Distorsión en la percepción del tiempo durante el visionado de pornografía .....	23
C.3 ¿Qué factores dificultan el bienestar sexual de los jóvenes?.....	24
C.4 El papel de la desigualdad de género en conductas sexuales de riesgo durante la adolescencia. Implicaciones prácticas .....	25
C.5 Aplicaciones para ligar, sexo casual y bienestar en jóvenes universitarios.....	26
<b>Simposio 2.....</b>	<b>27</b>
C.1 Consideraciones en el desarrollo de aplicaciones móviles conscientes del contexto para el soporte de los tratamientos psicológicos .....	28
C.2 Psicología y tecnología, tratamientos psicológicos online más allá del protocolo de intervención .....	29
C.3 Nuevas tendencias en medidas conductuales .....	30
C.4 Monitor de dolor: ¿cómo podemos utilizar la evaluación ecológica momentánea a través de una aplicación para teléfonos móviles para mejorar el tratamiento del dolor crónico? .....	31
C.5 SyMptOMS: una plataforma web y móvil para la creación de aplicaciones con geolocalización para dar soporte a los tratamientos psicológicos .....	32
<b>Simposio 3.....</b>	<b>33</b>
C.1 Regulación emocional. Implicaciones en la psicopatología en la infancia y la adolescencia. Una aproximación transdiagnóstica .....	34
C.2 Evaluación de Competencias Emocionales y de otros fenómenos relacionados con la Regulación Emocional .....	35
C.3 Validación de la Regulación Emocional como una dimensión en un Modelo de Transdiagnóstico de diferentes trastornos psicológicos en adolescentes .....	36
C.4 Entrenamiento en Regulación Emocional en un niño con trastornos emocionales: Estudio de caso .....	37
C.5 La Terapia Dialéctica-Comportamental para abordar la desregulación emocional en adolescentes: resultados preliminares .....	38

<b>Simposio 4</b> .....	39
C.1 Predicción longitudinal de la sintomatología depresiva en el posparto a partir de factores biopsicosociales en el embarazo .....	40
C.2 Depresión posparto, vínculo y afrontamiento materno al estrés del ingreso neonatal.....	41
C.3 El vínculo materno-infantil: factores de riesgo prenatales en población psiquiátrica .....	42
C.4 Efectividad de la intervención multidisciplinaria especializada en trastornos emocionales perinatales: resultados preliminares.....	43
<b>Simposio 5</b> .....	44
C.1 Aprende a Manejar tus Emociones (AMTE): un tratamiento transdiagnóstico por internet para adolescentes con ansiedad y/o depresión.....	45
C.2 La regulación del afecto positivo en un protocolo de tratamiento transdiagnóstico online para los trastornos emocionales: un ensayo controlado aleatorizado .....	46
C.3 PsicAP. Un protocolo de tratamiento para trastornos emocionales en Atención Primaria	47
C.4 Eficacia del Protocolo Unificado para el tratamiento grupal de trastornos emocionales en la Salud Mental Pública .....	48
<b>Simposio 6</b> .....	49
C.1 Tratamientos psicológicos en PEP: ¿a quién, cómo y cuánto? Retos para su expansión en la comunidad.....	50
C.2 ITP en ámbito rural: superando barreras desde el fortalecimiento de la actitud terapéutica y de la recuperación .....	51
C.3 Atención psicológica en los programas de psicosis incipiente.....	52
C.4 Intervención temprana en psicosis: el reto de delimitar los inicios en la infancia .....	53
<b>Simposio 7</b> .....	54
C.1 Protocolo de Intervención Clínica para Miembros, Ex miembros y sus familiares de Grupos de Abuso Psicológico (Sectas Coercitivas).....	55
C.2 ¿Es la adicción a la comida un predictor de resultado de tratamiento en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria?.....	56
C.3 Internet Gaming Disorder en Adolescentes: Personalidad, Psicopatología y Evaluación de una Intervención Psicológica combinada con Psicoeducación para Padres .....	57
C.4 La implicación de las familias en el proceso de atención del Trastorno del Juego .....	58
C.5 Dependencia Emocional: Abordaje desde una Perspectiva Cognitivo Conductual .....	59
 <i>MESAS REDONDAS</i>	
<b>Mesa redonda 1</b> .....	60
C.1 Elementos éticos básicos en la práctica clínica .....	61
C.2 Publicidad de los servicios psicológicos. Nuevas estrategias .....	62
C.3 Aspectos éticos en las intervenciones psicoterapéuticas .....	63
C.4 Muerte digna, ética asistencial, y Psicología.....	64
<b>Mesa redonda 2</b> .....	65

<b>Mesa redonda 3</b> .....	67
C.1 Sufrimiento y experiencias traumáticas en la infancia y adolescencia .....	68
C.2 Mapa actual de la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia en el Sistema Público de Salud .....	68
C.3 Razones para una especialidad de Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia.....	68
C.4 Propuestas para un itinerario formativo de la especialidad de psicología clínica de la infancia y adolescencia.....	68

*COMUNICACIONES ORALES VIERNES*

<b>Mesa comunicaciones 1</b> .....	69
C1. Abordaje de la salud mental en la atención primaria. Un estudio piloto .....	69
C.2 Terapia Estratégica Breve con componentes conductuales como tratamiento de los síntomas psicóticos inducidos por consumo de sustancias .....	70
C.3 Eficacia de un Tratamiento Grupal Cognitivo-Conductual en Atención Primaria .....	71
C.4 Paciente suicida e intervención clínica: ¿hacemos todo lo posible? .....	72
C.5 Tratamiento de los trastornos adaptativos: TCC cara a cara versus administrada a través de Internet.....	73

<b>Mesa comunicaciones 2</b> .....	74
C.1 Abordaje multidisciplinar del anciano: El psicólogo clínico en geriatría.....	74
C.2 Tratamiento biopsicosocial en cuidados paliativos: el abordaje de las necesidades del paciente terminal .....	75
C.3 Intervención grupal y estimulación cognitiva del anciano a nivel ambulatorio .....	76
C.4 Eficacia comparativa de la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness en el tratamiento del dolor crónico .....	77
C.5 Aportaciones de la Psicología Clínica a la comprensión y el apoyo de las personas con miembros amputados .....	78

<b>Mesa Comunicaciones 3</b> .....	79
C.1 Proyecto de investigación BASE&D. Apego, trauma y psicopatología. Primeros Resultados .....	79
C.2 Factores socioeconómicos y macroeconómicos en la Depresión en España. Análisis de los Resultados de la European Social Survey antes y durante la crisis económica .....	80
C.3 La expresión transcultural y naturaleza transdiagnóstica de las intrusiones Mentales .....	81
C.4 Trastornos externalizantes e internalizantes: variables relacionadas con la conducta suicida de pacientes en régimen de hospitalización parcial de la provincia de Castellón.....	82

*COMUNICACIONES ORALES SÁBADO*

<b>Mesa comunicaciones 4</b> .....	83
C.1 Validación del cuestionario de Control de la Ansiedad-Revisado (ACQ-R) en una muestra de mujeres embarazadas .....	83
C.2 Comunalidad disfuncional en el espectro ansioso-depresivo: Escala de Actitudes Disfuncionales (EAD) .....	84
C.3 Entrenamiento Grupal en Habilidades de la Terapia Dialéctico-Conductual como componente único de tratamiento para diversos trastornos mentales.....	85
C.4 Activación conductual: revisión de la literatura.....	86
C.5 Influencia del origen cultural y el género sobre los estereotipos relacionados con la doble moral sexual en jóvenes de Melilla .....	87

<b>Mesa comunicaciones 5</b> .....	88
C.1 Aplicación del PU en un caso de Esquizofrenia Resistente al Tratamiento .....	88
C.2 Eficacia del Protocolo Unificado en la reducción de la sintomatología general y específica del Trastorno de Pánico y el Trastorno de Ansiedad Generalizada .....	89
C.3 Aplicación del PU en un caso de trastorno de pánico con agorafobia utilizando TICs .....	90
C.4 Adaptación del protocolo unificado transdiagnóstico para los trastornos emocionales a un caso de depresión perinatal.....	91
C.5 Aplicación del Protocolo Unificado en un caso de depresión mayor y rasgos de personalidad patológicos .....	92
<b>Mesa comunicaciones 6</b> .....	93
C.1 Tratamiento familiar en grupo de padres con niños diagnosticados de TDAH .....	93
C.2 Las dificultades del transdiagnóstico: ¿Crisis conversivas o epilepsia? .....	94
C.3 Análisis de las diferencias en la conducta sexual y en variables relacionadas en función del origen cultural de los adolescentes melillenses.....	95
C.4 Personalidad patológica y consumo de sustancias en adolescentes con trastorno mental grave de la provincia de Castellón .....	96
C.5 Implementación de un programa de rehabilitación neuropsicológica en adolescentes con trastorno mental grave en la red de salud mental de Álava: un estudio piloto .....	97
 <i>POSTERS VIERNES</i>	
P.1 Aprendiendo a Dormir y Vivir mejor con Mindfulness: una experiencia de empoderamiento grupal .....	98
P.2 ¿Por qué practicamos sexting? El rol de la autoestima sexual .....	99
P.3 ¿Qué opinan los psicólogos clínicos sobre el Protocolo Unificado aplicado en formato grupal tras su implementación?.....	100
P.4 Intervención Psicológica en el Síndrome Postoncológico en un Adolescente.....	101
P.5 Aceptación de la Realidad Aumentada como herramienta para el aprendizaje espacial en pacientes con daño cerebral adquirido.....	102
P.6 Acercamiento al abuso sexual: una experiencia oculta .....	103
P.7 Análisis de las creencias sexistas y las actitudes hacia la agresión sexual en jóvenes de Melilla: atención a la diversidad cultural .....	104
P.8 Apego familiar y social: diferencias entre adolescentes con y sin sintomatología depresiva .....	105
P.9 Apego, Trauma y Psicopatología. Proyecto Base&D. A propósito de un caso (1).....	106
P. 10 Aplicación de un programa de intervención desde la perspectiva transdiagnóstica en una unidad de rehabilitación cardíaca .....	107
P.11 Association between catastrophism and functionality in patients with chronic pain due to osteoarthritis of the knee.....	108
P.12 Aplicación del protocolo unificado de tratamiento transdiagnóstico en un caso de cáncer de mama.....	109
P.13 Cognitive Bias Modification for Interpretative Bias Protocol (CBM-I): Portuguese Version .....	110
P.14 Creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño y calidad de vida en pacientes con trastorno de insomnio.....	111

P.15 Cuestionario del Significado de la Vida en adolescentes españoles: evidencias de fiabilidad y validez y diferencias en función del género y la edad .....	112
P.16 Déficit neuropsicológicos y etiologías múltiples: un caso complejo sin resolver .....	113
P.17 Diagnóstico diferencial del Trastorno Neurocognitivo Mayor asociado a Depresión: Estudio de caso.....	114
P.18 Efectos a largo plazo de las vivencias traumáticas sufridas en la infancia.....	115
P.19 Efectos a largo plazo e implicaciones psicopatológicas de los estilos de apego.....	116
P.20 “El Ecosistema de la Vida”: Un programa de intervención para la mejora de la regulación emocional en niños .....	117
P. 21 El estigma hacia la enfermedad mental en el ámbito universitario: el papel del contacto previo con la enfermedad mental.....	118
P. 22 El perfeccionismo de padres e hijos: Un enfoque transgeneracional.....	119
P.23 El uso de opiáceos en dolor crónico: desarrollo de un caso .....	120
P.24 Estado cognitivo y funcional en el Síndrome Lennox-Gastaut adulto, a propósito de un caso.....	121
P.25 Estilos de Apego en pacientes con Fibromialgia .....	122
P.26 Estrés parental y resiliencia en padres de hijos con trastornos del neurodesarrollo.....	123
P.27 Estudio sobre variables de personalidad en el embarazo y posparto: perfil de riesgo vs perfil de protección para la depresión y la ansiedad .....	124
P.28 Evaluación de funciones ejecutivas en población con baja escolaridad: presentación de un nuevo instrumento.....	125
P. 29 Flexibilidad psicológica parental: Un estudio comparativo en población clínica y general .....	126
P.30 Hábitos de sueño, malestar emocional y calidad de vida .....	127
P.31 Aplicación del protocolo unificado de tratamiento transdiagnóstico en un caso de hidrosadenitis.....	128
P.32 Influencia de variables psicológicas en el proceso de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, proyecto de investigación en el Hospital Universitario La Paz .....	129
P.33 Interferencia atencional inducida por la pornografía, las series de TV y los videojuegos: relación con el grado de severidad .....	130
P.34 Estudio sobre el estado emocional y el consumo de tabaco y alcohol en mujeres embarazadas .....	131
P.35 Psicología Clínica en Atención Primaria: análisis descriptivo de las demandas de la población y su respuesta al tratamiento.....	132
P.36 Psiconeuroendocrinología de la Fibromialgia y la exposición a eventos traumáticos. Revisión bibliográfica .....	133
P.37 Recuperación cognitiva, emocional y funcional tras un traumatismo craneoencefálico: a propósito de un caso .....	134

## POSTERS SÁBADO

P.1 A la muerte ni temerla ni buscarla, hay que esperarla: Obsesión y ansiedad por la muerte, autoestima y apoyo social percibido según variables sociodemográficas.....	135
P.2 Abordaje de un Primer episodio psicótico a través de la escritura terapéutica .....	136
P.3 Anorexia Nerviosa: ¿Síntoma o Trastorno? .....	137
P.4 Aplicación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en un Centro de Salud Mental de Álava .....	138
P.5 Aproximación al transdiagnóstico. Antecedentes, actualidad y retos futuros .....	139
P.6 Caso clínico: terapia de aceptación y compromiso en trastorno bipolar .....	140
P.7 Cleptomanía y Trastorno por acumulación a edad tardía: a propósito de un caso .....	141
P. 8 Comparative study of the effects of cognitive bias modification vs. exposure on obsessive beliefs and responses to aggressive impulses.....	142
P.9 Consecuencias funcionales de las intrusiones mentales obsesivas, dismórficas, hipocondriacas y alimentarias: un estudio en pacientes con Trastorno Obsesivo- Compulsivo .....	143
P.10 Déficits cognitivos en Trastorno Depresivo Mayor: revisión de la literatura.....	144
P.11 Diferencias de género en la indicación de no tratamiento en salud mental. Un estudio en la Comunidad de Madrid.....	145
P.12 Duelo patológico y Trastorno Bipolar: a propósito de un caso .....	146
P.13 Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en Mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de Anorexia Nerviosa. Revisión bibliográfica .....	147
P.14 Eficacia de un Tratamiento Grupal Cognitivo-Conductual en Atención Primaria .....	148
P. 15 Emergentes centrales en grupos multifamiliares en un centro de salud mental infanto-juvenil .....	149
P.16 Evaluación del trauma en paciente psicótico con consumo de tóxicos asociado.....	150
P.17 Evaluación y análisis de los resultados tras la implementación del programa grupal para el trastorno límite de la personalidad “systems training for emotional predictability and problem solving” (stepps) en el sistema de vasco salud (osakidetza) .....	151
P.18 Grupo de Terapia basada en Mindfulness como tratamiento transdiagnóstico .....	152
P.19 Influencia del aumento de los conocimientos sobre Psicología y Psicopatología en los niveles de estigma hacia la enfermedad mental.....	153
P. 20 Intervención grupal en distimia. Estudio preliminar .....	154
P.21 Intervenciones para la prevención del suicidio que incluyen estrategias de psicología positiva: Una revisión sistemática.....	155
P.22 La naturaleza transdiagnóstica de las intrusiones mentales: un estudio en pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo .....	156
P.23 Medidas de satisfacción cualitativas y cuantitativas en grupos multifamiliares de un centro de salud mental Infanto-Juvenil .....	157
P.24 Mindfulness en trastorno mental grave.....	158
P.25 Mindfulness y Compasión para familiares de pacientes con Trastorno Mental Grave ...	159
P.26 Perfil neuropsicológico del Trastorno del Espectro Autista de alto funcionamiento adulto, a propósito de un caso .....	160
P.27 Perfil psicológico de los pacientes derivados al grupo de insomnio primario .....	161
P.28 Rasgos de personalidad asociados a la ortorexia en personas que practican meditación .....	162

P.29 Reflexiones en torno a la introducción de la técnica de “Debriefing” en el proceso de sujeción mecánica en unidades de hospitalización psiquiátrica breve.....	163
P.30 Supresión de pensamiento vs. Exposición en el control de pensamientos indeseados ..	164
P.31 Transdiagnóstico en Unidad de Agudos de Psiquiatría .....	165
P.32 Trastorno límite de la personalidad y funcionamiento ejecutivo: a propósito de un caso .....	166
P.33 Trastorno límite de la personalidad: abordaje desde la Terapia de Esquemas de Young	167
P.34 Trastorno Obsesivo Compulsivo y rasgos de personalidad de cluster C premórbidos en Trastorno Bipolar. Un caso clínico.....	168
P.35 Una problemática que va más allá de la infancia: Abuso Sexual Infantil y sus consecuencias .....	169
P.36 Validación al español del Cuestionario de Confusión Inferencial-versión ampliada: apoyo a la relevancia de la confusión inferencial en el trastorno obsesivo-compulsivo.....	170
P.37 Aportación de la alianza y cohesión grupal al resultado terapéutico en TCC para el TOC .....	171
P.38 Evaluación y tratamiento de los déficits cognitivos en personas con Trastorno Depresivo Mayor: revisión de la literatura.....	172

# PRESENTACIÓN

*Presentación del congreso  
Saludo Presidenta  
Miembros Comité*



Imágenes cedidas por Elena Castillo

## PRESENTACIÓN DEL CONGRESO

---

La Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) junto con la Universidad de Zaragoza presentan el XI Congreso Nacional y I Internacional de la AEPCP que se celebrará los días 24 a 26 de octubre de 2019 en la ciudad de Teruel. El objetivo de este congreso bianual es divulgar el avance del conocimiento a través del intercambio de resultados y experiencias de distintos sectores científicos y profesionales vinculados con la salud integral de las personas. Por tanto, el congreso se dirige a profesores, investigadores, profesionales de la salud y la salud mental, estudiantes y residentes interesados en la Psicología Clínica, la Psicología de la Salud y la Psicopatología.

En esta ocasión, el congreso pone de relieve los importantes avances surgidos en los últimos años desde la investigación en psicopatología, con influencia en la conceptualización de los trastornos psicológicos, su diagnóstico y su tratamiento. Hacemos referencia al enfoque transdiagnóstico en salud mental. Desde este enfoque es posible identificar las variables etiológicas y mantenedoras de distintos trastornos psicológicos o grupos de trastornos y diseñar tratamientos centrados en el abordaje de estas variables, con independencia de las etiquetas diagnósticas.

Las ponencias plenarias las llevarán a cabo cinco mujeres, científicas y clínicas, de reconocido prestigio internacional que compartirán su conocimiento respecto a las intervenciones transdiagnósticas para el tratamiento de los trastornos emocionales en niños, adolescentes y adultos, en los trastornos de la conducta alimentaria y en los trastornos de la personalidad. La ponencia de clausura nos ayudará a cuestionarnos si, desde el lugar que ocupamos, estamos haciendo lo suficiente para que los tratamientos basados en la evidencia lleguen a todas las personas que lo necesitan.

Sin dejar al margen el interés por otros aspectos de la Psicología Clínica y de la Salud, y de los aspectos sociales y éticos de nuestra disciplina, el programa incluye simposios, mesas redondas, mesas de comunicaciones y posters con temáticas muy diversas, todas ellas, de sumo interés y presentadas por profesionales, clínicos e investigadores de nuestro país.

El presidente, vicepresidenta y los comités de organización y científico de este congreso, esperan que el programa sea del agrado de los asistentes y pueda contribuir a la actualización de conocimientos, el intercambio de experiencias y buenas prácticas profesionales, el establecimiento de contactos y redes de trabajo, y al disfrute y celebración de lo que nos une, la ciencia.

## SALUDO DE LA PRESIDENTA

---

**Dra. Amparo Belloch Fuster**

*Universidad de Valencia*



Queridos y queridas socios de AEPCP,

Hace ya 27 años, en 1992, junto con dos amigos y compañeros, Pedro T. Sánchez y Pablo Torres, que trabajaban como psicólogos clínicos en dispositivos asistenciales de la red de salud mental de la Comunidad Valenciana, nos planteamos la necesidad de crear una asociación que se preocupara por la profesionalización de la psicología clínica, tanto desde la puesta en valor como actividad científica, que podía y debía aportar sus conocimientos y habilidades a la mejora de la salud mental de las personas, como desde la búsqueda de los procedimientos legales que permitieran situar a la psicología clínica entre las profesiones sanitarias con entidad y autonomía propia. En un principio, nuestro propósito era solo local, es decir, ubicado en nuestra Comunidad. Pero, para sorpresa nuestra, muchos compañeros y compañeras de entonces, tanto valencianos como de otras partes del país, apoyaron la idea y, con la ayuda de todos, creamos la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.

Desde entonces, han sido muchas las personas que han contribuido a hacer de AEPCP un espacio de diálogo y debate, sin perder nunca de vista la necesidad de mantener la duplicidad de objetivos que motivaron, y lo siguen haciendo, la asociación: el científico y el profesional. Y ambos, orientados siempre a mejorar la salud, la calidad de vida, y el bienestar, tanto de las personas como de la sociedad, como rezan nuestros estatutos.

Entre todas esas personas no puedo dejar de mencionar a todas las que han formado parte de las diferentes Juntas Directivas que han mantenido vivo el proyecto, tanto desde la Universidad (Rafael Ballester, Rosa Baños, Mercedes Borda, Cristina Botella, Paloma Chorot, Carmen García-Montalvo, Concha López-Soler, Conxa Perpiñá, Bonifacio Sandín, Rosa M<sup>a</sup> Valiente) como desde el ámbito de la sanidad pública (Carmen Carrió, Consuelo Escudero, José López Santiago, Alma Martínez de Salazar, Begoña Olabarría, M<sup>a</sup> Ángeles Ruipérez, y naturalmente, Pedro T. Sánchez y Pablo Torres).

Durante estos 27 años he tenido el honor, el privilegio, de presidir la AEPCP. Durante estos años hemos conseguido muchas cosas, aunque menos de las que nos hubiera gustado. Pusimos en marcha una Revista científica, la RPPC, que se encuentra entre las mejor valoradas de psicología clínica en los repositorios que evalúan la calidad científica, como Scopus, gracias al esfuerzo continuado de Boni Sandín; hemos participado en la creación de la especialidad de psicología clínica como profesión sanitaria de calidad, con autonomía de funcionamiento, formando parte de las sucesivas Comisiones Nacionales de Psicología Clínica; en 1997 celebramos nuestro primer Congreso bi-anual en Madrid, al que siguieron otros congresos en Murcia, Valencia, Huelva, Sevilla, Castellón, Almería, Albacete y el último en Teruel, este año; hemos puesto en marcha 20 talleres de formación continuada gratuitos para los socios; hemos participado como sociedad científico-profesional en la elaboración de diferentes Estrategias nacionales para la mejora de la salud en España (Salud Mental, Cuidados Paliativos, Cronicidad, Salud sexual y reproductiva, entre otras), y hemos hecho pública nuestra opinión sobre todos los aspectos referidos a la psicología clínica, como ciencia y como profesión, siempre que hemos considerado que debíamos hacerlo. Todo eso, y algunas otras cosas que me dejó en el tintero, no hubiera sido posible sin la ayuda y el apoyo que siempre he sentido por parte de todas las personas que forman y han formado parte de AEPCP.

Ahora ha llegado el momento para mí de dejar espacio a otras personas para que lideren y emprendan nuevos proyectos y luchas. De hecho, creo sinceramente que debería haber abierto ese espacio hace años. Siempre he pensado que son los proyectos, y no las personas, los que son imprescindibles. Aunque también es cierto que los proyectos, sin personas que los lideren y peleen, no llegan a ningún lado. Pero de lo que sí estoy segura, es de que yo no soy imprescindible y de que el Proyecto de AEPCP no solo seguirá adelante, sino que crecerá con nuevos equipos, como el que ahora toma el relevo. Muchas gracias a todos y todas por haberme apoyado y haber confiado en mí todos estos años. Gracias por estar ahí. Ha sido un honor que me eligierais para representaros cada vez que había elecciones, a pesar de los errores que, sin duda, he podido cometer. Os pido disculpas por ello. Hasta siempre.

*Amparo Belloch*

## COMITÉ ORGANIZADOR

---



### **PRESIDENTE**

**Dr. Jorge J. Osma López**

*Universidad de Zaragoza e Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón*



### **VICE-PRESIDENTA**

**Dra. Adriana Mira Pastor**

*Universidad de Valencia*

## **VOCALES**

- Cristina Acuses Gómez - *Universidad de Zaragoza*
- Camino Álvarez- *Universidad de Zaragoza*
- Laura Andreu Pejó - *Universitat Jaume I*
- Sandra Arnáez - *Universidad de Valencia*
- Diana Castilla López - *Universidad de Zaragoza*
- Elena Crespo Delgado – *Universitat Jaume I*
- Alberto González Pérez – *Universitat Jaume I*
- Verónica Martínez Borba - *Universitat Jaume I*
- Ignacio Miralles Tena - *Universitat Jaume I*
- M<sup>a</sup> Vicenta Navarro Haro – *Hospital General de Catalunya*
- Belén Pascual - *Universidad de Valencia*
- Óscar Peris Baquero – *Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón*
- Alba Quilez - *Universidad de Zaragoza*
- Carlos Suso Ribera - *Universitat Jaume I*
- Asociación Psicara

## **COMITÉ DE HONOR**

---

- José Antonio Mayoral Murillo – *Magnífico Rector de la Universidad de Zaragoza*
- Emma Buj Sánchez – *Excelentísima Sra. Alcaldesa del Ayuntamiento de Teruel*
- José Martín-Albo Lucas – *Decano de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Zaragoza (Campus de Teruel)*
- Ángel Lanás Arbeloa – *Director Científico del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón*

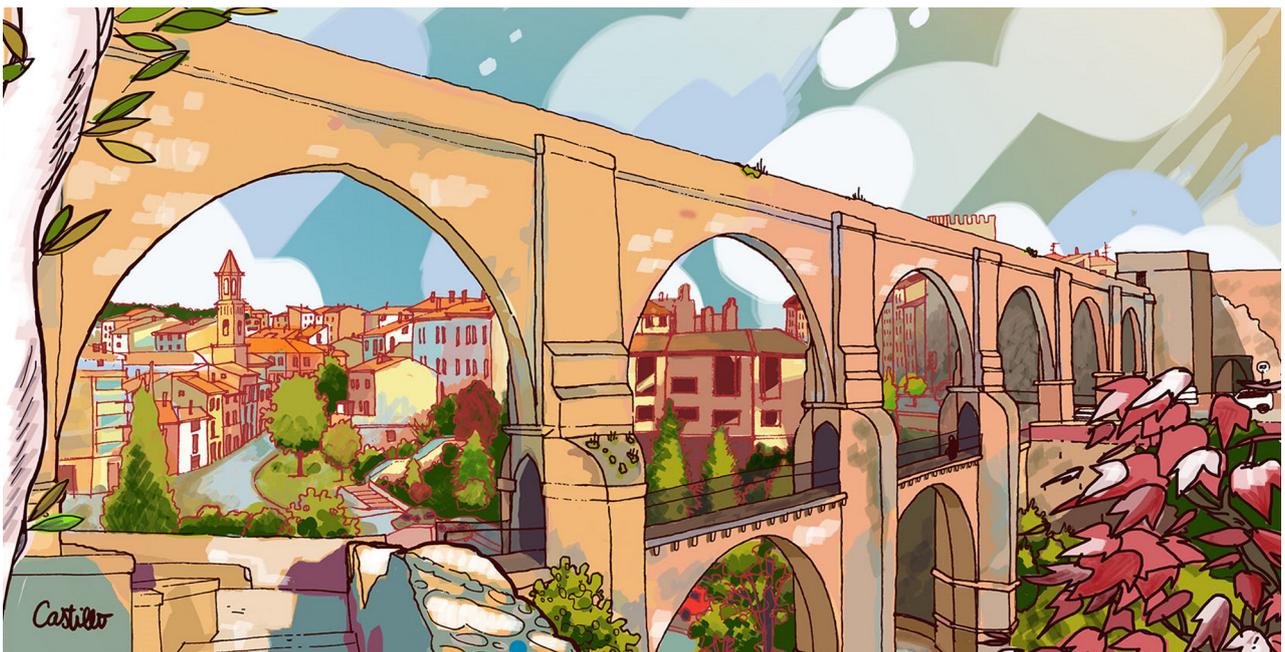
## COMITÉ CIENTÍFICO

---

- Camino Álvarez Fidalgo - *Universidad de Zaragoza*
- Laura Andreu Pejó - *Universitat Jaume I*
- Rafael Ballester Arnal - *Universitat Jaume I*
- Amparo Belloch Fuster - *Universidad de Valencia y Presidenta de la AEPCP*
- Mercedes Borda Más - *Universidad de Sevilla*
- Juana María Bretón López - *Universitat Jaume I*
- Cristina Botella Arbona - *Universitat Jaume I*
- Carmen Carrió Rodríguez - *Salud Mental Comunidad Valenciana*
- Diana Castilla López - *Universidad de Zaragoza*
- Ángel Castro Vázquez - *Universidad de Zaragoza*
- Elena Crespo Delgado - *Universitat Jaume I*
- Carmen del Río Sánchez - *Universidad de Sevilla*
- Jill Ehrenreich-May - *University of Miami*
- Consuelo Escudero Álvaro - *Salud Mental Comunidad de Madrid*
- Julia García Escalera - *UNED Madrid*
- Azucena García Palacios - *Universitat Jaume I*
- Cristina Giménez García - *Universitat Jaume I*
- Vega González Bueso - *Atención e Investigación de Socioadicciones. Barcelona*
- Gracia LasHeras Pérez - *Hospital Quirónsalud Barcelona*
- José López Santiago - *Salud Mental Albacete*
- Concha López Soler - *Universidad de Murcia*
- Alma Martínez de Salazar - *Salud Mental Almería*
- Magdalena Méndez - *Universidad de Zaragoza*
- Adriana Mira Pastor - *Universidad de Zaragoza*
- Mariví Navarro Haro - *Hospital General de Cataluña*
- David Pineda Sánchez - *UNED Elche*
- Begoña Olabarría González - *Ayuntamiento de Madrid*
- Jorge J. Osma López - *Universidad de Zaragoza*
- María Roncero Sanchís - *Universidad de Valencia*
- Estefanía Ruiz Palomino - *Universitat Jaume I*
- Bonifacio Sandín Ferrero - *UNED Madrid*
- Shannon Sauer-Zavala - *Unified Protocol Institute. Boston University*
- Carlos Suso Ribera - *Universitat Jaume I*
- Sonsoles Valdívía - *Universidad de Zaragoza*
- Rosa Ma Valiente García - *UNED Madrid*
- Antonio J. Vázquez Morejón - *Salud Mental Sevilla*

# CONFERENCIAS INVITADAS

*Dra. Shannon Sauer-Zavala*  
*Dra. Janet Treasure*  
*Dra. Azucena García Palacios*  
*Dra. Jill Ehrenreich-May*  
*Dra. Cristina Botella Arbona*



Imágenes cedidas por Elena Castillo

## Dra. Shannon Sauer-Zavala

---



Shannon Sauer-Zavala received her doctorate in Clinical Psychology from the University of Kentucky (UK) and completed her internship at Duke University Medical Center. From there, she moved to Boston University for a post-doctoral fellowship and was promoted to faculty. After spending eight years at BU, as both an Assistant and Associate Professor, Dr. Sauer-Zavala recently returned to Kentucky to pursue an Assistant Professor position in the Department of Psychology at UK. She divides her time between research, teaching, and clinical supervision. Her research is focused on identifying factors that maintain symptoms across broad classes of disorders and using this information to streamline treatment for commonly co-occurring diagnoses. She is especially interested in developing/refining treatments for borderline personality disorder with comorbid mood and anxiety disorders. Additionally, Dr. Sauer-Zavala is committed to the dissemination of evidence-based practices and enjoys training others in research-supported psychological treatments.

### **CONFERENCE *“Improving psychological treatments using transdiagnostic and shared mechanism based interventions”***

Despite the existence of efficacious treatments for anxiety and depressive disorders, patients in routine practice are unlikely to receive evidence-based care. Limited widespread dissemination of evidence-based treatments may result from the fact that interventions developed in academic settings may not align with the needs of community clinics (i.e., too long, do not address comorbid conditions). This presentation will focus on key innovations to improve existing treatments so that they have a better chance used in routine care. First, Transdiagnostic interventions that can simultaneously treat comorbid conditions may represent a more efficient approach. Additionally, ensuring that our multi-component interventions include only active ingredients may also improve the potency of our treatments. Finally, working with front-line clinicians from the start of the treatment development process may increase the likelihood that efficacious interventions will be adopted in community settings.

## Dra. Janet Treasure

---



Janet completed her medical degree and a PhD in Physiology at St. Thomas' Medical School. She then did her clinical training, as a physician and a psychiatrist. For much of her career, Janet has specialised in the treatment of eating disorders at the Maudsley Hospital and in King's College London. She has carried out extensive research - often collaboratively with patients and carers- that has led to greater understanding of, and better treatments for eating disorders. She has trained over 35 PhD students who have implemented various aspects of translational psychiatry as part of their research training. Many of these have progressed to hold important academic and clinical positions in eating disorders. She has worked collaboratively with other international centres. In total, she has authored over 600 scientific articles and she has an h-index of 81. As well as writing professional texts, Janet has co-produced self-care interventions (in books and e-health formats), for people affected by eating disorders and their carers. She has received many awards for her research. In 2012 she was awarded an OBE for her work with people with eating disorders.

### **CONFERENCE “What is the current status of Eating Disorders?”**

Over the last 40 years the form of eating disorders has changed and now include the binge spectrum disorders and problems previously recognized in childhood such as pica and rumination food avoidance have been added to the classification system. There are both similarities but also differences in the risk factors for these disorders.

Early intervention is associated with a moderately good outcome for these problems. However, a proportion of patients progress to a severe enduring form of the illness for which there is uncertainty both about the definition and treatment. People with this form of illness have greater levels of comorbidity and psychosocial difficulty. Complex interventions that target several domains including nutrition, cognitive, emotional and interpersonal maintaining factors have been developed. In this talk I will discuss the underpinning of explanatory models and the evidence we have so far in interventions for both carers and patients.

## **Dra. Azucena García Palacios**

---



La profesora Azucena García Palacios es Profesora Titular de Psicopatología y directora del grupo de investigación Labpsitec de la Universitat Jaume I. La línea de investigación principal de su grupo es la Psicopatología y la mejora de los tratamientos psicológicos, principalmente para los trastornos emocionales, los trastornos de personalidad y el dolor crónico. El grupo es líder a nivel internacional en la aplicación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud. La profesora García Palacios ha participado como investigadora en más de 28 proyectos de investigación financiados por entidades nacionales y por la Unión Europea. Es autora de más de 90 artículos publicados en revistas de prestigio. Ha realizado diversas estancias de investigación en las que ha consolidado relaciones con grupos de investigación de excelencia en el campo del dolor y de los trastornos de la personalidad como los dirigidos por el Dr. Hunter Hoffman y la Dra. Marsha Linehan en la Universidad de Washington y ha colaborado en diversos proyectos de investigación financiados por instituciones estadounidenses como el Departamento de Defensa o la Fundación Paul Allen.

**CONFERENCIA “*Tratamiento de los trastornos de la personalidad: Avances, resultados y retos*”**

Los trastornos de la personalidad constituyen un reto para la psicopatología y la psicología clínica. Su conceptualización y clasificación está en continuo debate, como indica que en el DSM-5 se haya propuesto un capítulo adicional que propone un modelo alternativo de clasificación de estos trastornos. Controversias como la dimensionalidad en psicopatología, la necesidad o no de ejes diagnósticos o los sesgos de género son comunes en el estudio de los trastornos de la personalidad. Pese a estos debates, en la clínica encontramos personas que manifiestan un patrón de funcionamiento persistente y generalizado que incluye sus formas de comportarse, sentir, relacionarse con los demás y procesar la información, que se inicia en la adolescencia o la juventud y que les genera interferencia en muchos aspectos de sus vidas y de las vidas de las personas cercanas. Pese a los problemas, el patrón es inflexible y difícil de cambiar y se asocia a otros trastornos comórbidos. Se calcula que alrededor del 6% de la población general sufre un trastorno de la personalidad, aumentando estos datos significativamente cuando nos centramos en la población clínica y en los trastornos más prevalentes como el trastorno límite de la personalidad, que alcanza el 28%, o el trastorno de la personalidad por evitación (22%). Pese a estos datos y la gran interferencia y disminución en la calidad de vida que provocan los trastornos de personalidad, la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones es todavía insuficiente. Se ha avanzado mucho en algunos trastornos, sobre todo en uno de los más graves, el trastorno límite de la personalidad, pero todavía es necesario llevar a cabo más investigación en este y en otros trastornos para poder alcanzar el nivel de eficacia y de alternativas de tratamiento de las que disponemos para otros trastornos mentales. En esta conferencia describiremos los avances que se han realizado y los retos que se presentan en el tratamiento de los trastornos de la personalidad.

**Dra. Jill Ehrenreich-May**

---



Jill Ehrenreich-May, Ph.D. is a clinical child psychologist with expertise in the development, evaluation and implementation of evidence-based therapy protocols for children and adolescents with such disorders. She is currently Professor of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences and Assistant Department Chair for Academic Affairs and Research at the University of Miami. She received her Ph.D. from the University of Mississippi in 2002 and prior to joining the faculty at the University of Miami, was a Research Assistant Professor from 2003-2008 at the Center for Anxiety and Related Disorders at Boston University. Dr. Ehrenreich-May is the author of over 120 published works, including several treatment manuals, books and peer-reviewed publications. Dr. Ehrenreich-May's currently funded research includes effectiveness trials regarding treatment of youth emotional distress in community settings (including both community mental health clinics and preschools). She has a particular interest in transdiagnostic interventions for youth with emotional disorders that is predicated on the rationale that such disorders have substantial phenotypic overlap and respond to similar principles of change. She completed a career development award from the U.S. National Institute of Mental Health to develop the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents [UP-A]) and has a current grant from this agency to investigate the effectiveness of the UP-A in community clinics, as compared to usual care and an enhanced usual care model utilizing measurement and feedback. She is Co-Investigator or Consultant on additional, funded effectiveness trials (one of the UP-A in Australian community clinics, one of the UP-C for child maltreatment), another to enhance consultation in a school-based intervention for social-emotional development in low-income preschool classrooms and studies to pilot test the UP for Children (UP-C), UP-A and adult UP in various community settings and via telehealth and stepped care methodologies.

**CONFERENCE “Transdiagnostic treatments for youth emotional disorders: How can we get “what works” to more children and adolescents”**

Emotional disorders, inclusive anxiety, mood and related internalizing disorders, are overwhelmingly prevalent in youth, highly comorbid, and yield impairments in functioning over time that create a significant public health burden (Merkangas et al., 2010). Mental health facilities that provide treatment specifically for youth are not widespread and those that provide EBTs within such settings are even fewer in number (Cummings, Wen, & Druss, 2013). Community clinicians face discouraging barriers to deploying evidence-based treatments (EBTs; Kazdin, 2017), including heavy case-loads, restricted time for session preparation and supervision, limited access to trainings and intervention materials, or limited formal training in EBTs (Martin, Murray, Darnell, & Dorsey, 2018; McNally & McNally, 2016). These clinician barriers are often met with numerous challenges faced by the families seeking treatment for their child's emotional disorder (e.g., time, logistic/scheduling barriers, stigma, access, etc.). Instead of being tasked to treat disorders one-by-one, each with a different treatment manual, clinicians can utilize a transdiagnostic EBTs to robustly decrease pathology in children and adolescents. Theoretically, transdiagnostic treatments have the potential to greatly improve the discontinuity of EBT use in research to the community by lessening treatment barriers. This keynote address will provide attendees with an overview of the varying approaches clinical scientists have taken to the transdiagnostic or multi-diagnostic treatment of youth with emotional disorders, as well as current research on one such approach, the Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents (UP-C and UP-A). Although promising and efficacious as a "whole manual" for use in specialty treatment and private practice settings, our current findings from on-going UP-C and UP-A effectiveness trials and applications work with new settings and populations also highlight the need for personalization, abbreviation and other streamlining of this approach. The challenge for the research that lies ahead to understand the circumstances in which UP-C and UP-A work, for whom and under what conditions, will be specified as a path for future research.

## Dra. Cristina Botella

---



Doctora en Psicología por la Universidad de Valencia, obtuvo el premio extraordinario de doctorado en 1983. Ganó la cátedra en el Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos en la Universidad de Murcia en 1992 y, desde 1994 es catedrática en el Departamento de Psicología Básica de la Universitat Jaume I (UJI). En estos momentos, es Profesora Emérita de esta universidad. Es también directora de LabPsittec ([www.labpsittec.es](http://www.labpsittec.es)) y fue responsable de uno de los grupos pertenecientes a la acción CIBER “Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición”. Su línea principal de investigación se centra en el desarrollo de aplicaciones basadas en las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) para la promoción de la salud y el bienestar.

Ha sido investigadora principal en más de 40 proyectos de investigación y ha publicado más de 300 artículos en revistas científicas y presentado más de 400 trabajos en congresos nacionales e internacionales. Ha recibido distintos reconocimientos: “*eEurope Awards for e-health*” (2004); “Premio Protagonistas de la Ciencia y la Investigación de Onda Cero Radio” (2007); premio a la excelencia en la Investigación en TICs y Terapia Psicológica del “*Annual CyberTherapy Excellence in Research Award*” (2008); premio de Investigación del Consejo Social de la Universidad Jaume I (2009); premio de Investigación de la Fundación Lafourcade-Ponce (2010); premio en la Estrategia NAOS en el ámbito sanitario (2010); premio a la Diseminación Científica del Banco de Santander (2011); premio *William Evans Visiting Fellow Award* en la Universidad de Otago (Nueva Zelanda) (2012); premio *LLGA Cities Pilot the Future*, por el proyecto “*Butler, improving elderly wellbeing*” (San Francisco, EEUU) (2013). *Young minds research award*. 19th Annual Cyberpsychology, Cybertherapy & Social Networking conference. Washington (2014). *Premio Radio Castellón, categoría sanidad* (2014); Reconocimiento otorgado por *Les Corts de les Dones* de la Comunidad Valenciana por sus aportaciones para el avance de la inclusión de la mujer en el ámbito científico (2019); Premio “Mujer del Mediterráneo” otorgado por el periódico Mediterráneo y el banco de Sabadell (2019).

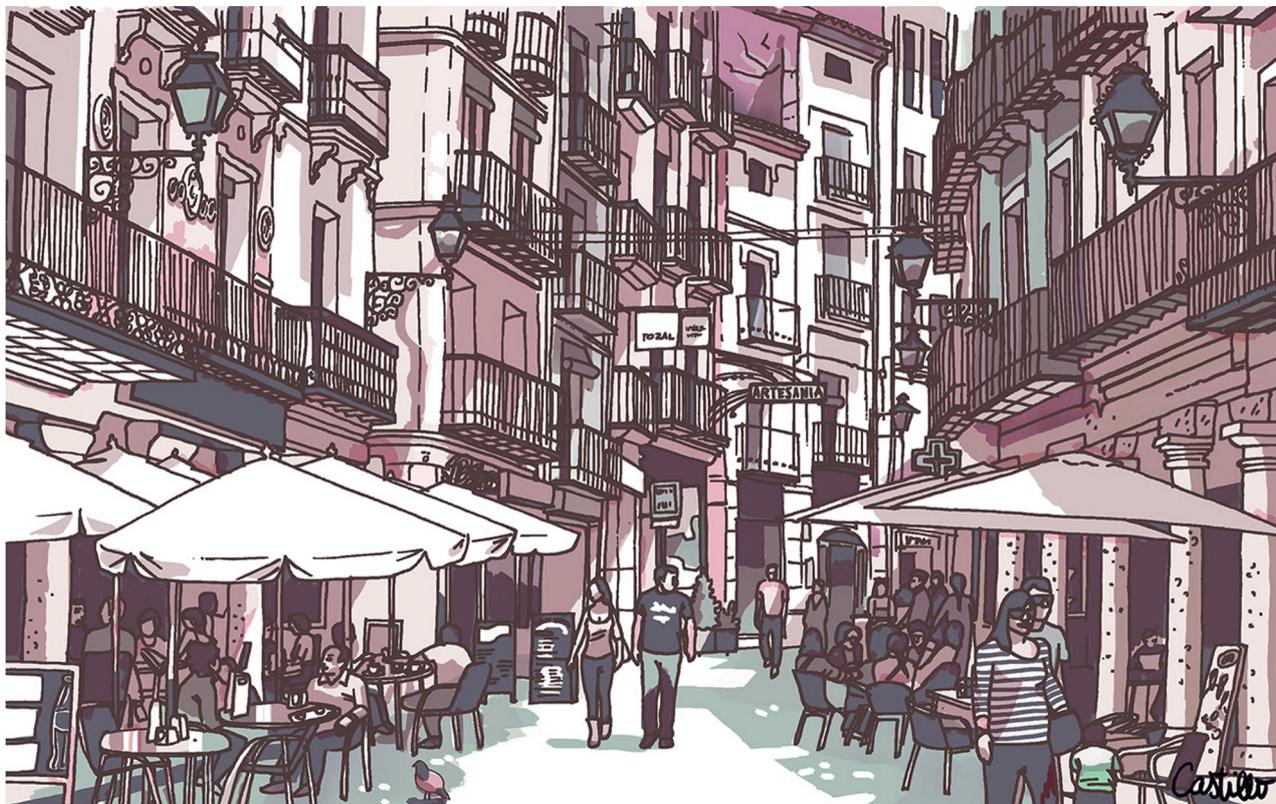
Ha dirigido 30 tesis doctorales, todas ellas con la calificación de Sobresaliente Cum Laude. Fue presidenta electa de la *Association of CyberPsychology, Training & Rehabilitation*. Cristina Botella lleva más de 25 años investigando las posibilidades que las TICs pueden ofrecer a la Psicología Clínica. Sus trabajos demuestran que estas herramientas (Realidad Virtual, Realidad Aumentada, Internet, dispositivos móviles, etc.) pueden ser utilizadas de forma eficaz y eficiente para la evaluación y el tratamiento de distintos problemas psicológicos.

**CONFERENCIA “¿Llegan los tratamientos basados en la evidencia a quiénes lo necesitan? ¿Son los tratamientos basados en la evidencia para todos?: Barreras y retos futuros”**

La ansiedad y los trastornos depresivos (trastornos emocionales: TE) afectan negativamente la vida de millones de personas en todo el mundo. El malestar, los costes personales, económicos y sociales, así como la incapacidad que producen hacen que se les reconozca como un problema de salud de primer orden. No es de extrañar, por tanto, que en las últimas décadas se hayan desarrollado y sometido a prueba en ensayos clínicos controlados un gran número de protocolos de tratamiento específicos, tanto para los distintos trastornos de ansiedad como para los depresivos. Sin embargo, aunque estos protocolos específicos han demostrado su eficacia, existen una serie de barreras para su aplicación que limitan su utilidad. Por una parte, debido a que cada tratamiento para cada trastorno se centra en abordar un conjunto específico de síntomas, los trastornos comórbidos no son el objetivo directo de estos protocolos. Además, los síntomas subumbral que no cumplen con los criterios diagnósticos de un trastorno u otro no suelen ser objeto de estos protocolos específicos. Finalmente, estos protocolos específicos son costosos en términos de entrenamiento porque es necesario entrenar a los clínicos en cada uno de los TE y tampoco existen directrices claras respecto a la secuencia que se debería seguir para aplicar más de un protocolo cuando la persona padece varios TE. Todos estos problemas han llevado al desarrollo de líneas de investigación y tratamiento que permitan un mejor abordaje terapéutico. Un avance importante ha sido la denominada *perspectiva transdiagnóstica* en la que se plantea que los distintos TE comparten una serie de factores de vulnerabilidad que dan cuenta de las elevadas tasas de comorbilidad existentes en los TE, así como de su origen y mantenimiento. A partir de ahí, se han desarrollado una serie de protocolos de tratamiento transdiagnósticos, que han demostrado en numerosos estudios controlados aleatorizados ser tan eficaces como los tratamientos basados en la evidencia específicos para un determinado TE. Sin embargo, como acertadamente señalaron Kazdin y Blase (2011), estos protocolos no llegan a todos los que los necesitan.

Las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) han demostrado ser una estrategia con notable utilidad clínica para la evaluación y el tratamiento de los TE, dado que permiten hacer llegar los protocolos basados en la evidencia a un gran número de personas. La investigación sobre las intervenciones psicológicas realizadas a través de Internet ha crecido de forma exponencial en las últimas dos décadas. Varios meta-análisis demuestran que los tratamientos administrados por Internet son efectivos, tanto para los distintos trastornos de ansiedad como para los trastornos depresivos, en comparación con los grupos de control y que no hay diferencias en cuanto a la eficacia entre los tratamientos administrados por medio de Internet y los aplicados en formato tradicional cara a cara. Además, en términos de costo-efectividad, los datos son prometedores a favor de las intervenciones a través de Internet en comparación con otros formatos más tradicionales de administración de la terapia. En esta ponencia se analizan todos estos problemas existentes en el tratamiento de los TE y los avances logrados hasta el momento. Finalmente, se plantean una serie de líneas futuras de investigación que nos permitan avanzar en este campo.

# SIMPOSIOS



Imágenes cedidas por Elena Castillo

## SIMPOSIO INVITADO 1: Salud Sexual y bienestar en adolescentes y jóvenes

**Viernes 25 de octubre de 2019, de 11:30 a 13:10 horas**

**Coordina: Ángel Castro**

### **Resumen general**

La sexualidad es una parte fundamental de nuestras vidas, íntimamente relacionada con el bienestar y, como tal, debe ser tratada, investigada y debatida. Por eso, en este XI Congreso Nacional y I Internacional de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, que se celebrará en Teruel entre el 24 y el 26 de octubre de 2019, se incluye un simposio invitado que se centrará en la salud sexual y el bienestar de adolescentes y jóvenes.

El simposio cuenta con cinco comunicaciones, presentadas por miembros de algunos de los grupos de investigación más relevantes en materia de sexualidad de todo el territorio nacional. Las ponencias se centran en distintos colectivos (adolescentes de población general, adolescentes de nivel socioeconómico bajo, jóvenes de población general, jóvenes universitarios) y tratan distintas temáticas, todas ellas muy interesantes.

Para empezar, Miriam Rodríguez, de la Universidad Miguel Hernández de Elche, presentará los primeros resultados de la eficacia del programa COMPAS, uno de los programas de prevención y promoción de la salud sexual pioneros en España, entre adolescentes de nivel socioeconómico bajo. Posteriormente, Jesús Castro, de la Universidad de Valencia, expondrá los resultados más relevantes de su estudio sobre la distorsión en la percepción del tiempo durante el visionado de pornografía, incidiendo en una de las líneas de investigación más potentes en los últimos años en sexualidad, que es la de las actividades sexuales online y su relación con el bienestar.

En tercer lugar, María Teresa Ramiro, de la Universidad de Granada, presentará su estudio, centrado en las implicaciones prácticas que tiene, en futuros programas de prevención/intervención, el papel que juegan las desigualdades de género en la emisión de conductas sexuales de riesgo por parte de los adolescentes. Las dos últimas comunicaciones se centran en la relación directa entre la sexualidad y el bienestar. Cristina Giménez, de la Universidad Jaume I de Castellón, hablará de la relevancia que tiene la sexualidad para el bienestar y de los factores psicológicos que pueden influir y dificultar esa relación, subrayando la necesidad de incluir estos aspectos en las intervenciones que se diseñen. Por último, Ángel Castro presentará los resultados de dos estudios en los que se relaciona la conducta sexual casual y el uso de aplicaciones para ligar (y los motivos para su uso) con el bienestar psicológico y psicosexual.

Como se puede observar en este breve resumen, el simposio cuenta con ponencias de muy alto nivel. Una vez expuestas las comunicaciones, se dispondrá de un tiempo para preguntas y debate que promete ser muy interesante.

**COMUNICACIÓN 1****Eficacia de un programa de promoción de la salud sexual en adolescentes que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. Un estudio preliminar**

**Presenta:** Rodríguez-Menchón, M<sup>1</sup>

Morales, A<sup>1</sup>

Orgilés, M<sup>1</sup>

Espada, J. P<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Miguel Hernández de Elche

*Competencias para adolescentes con una sexualidad saludable (COMPAS)* es un programa de educación sexual de eficacia probada para reducir conductas sexuales de riesgo y promocionar una sexualidad saludable en población general adolescente. El objetivo fue evaluar la eficacia de COMPAS en una muestra de adolescentes españoles que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, según la escala Family Affluence Scale (FAS). En este estudio preliminar con evaluación pretest-postest participaron 222 adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 16 años ( $M = 14.66$ ;  $DT = 0.69$ ) procedentes de 12 centros educativos de España. Seis centros fueron asignados a la condición COMPAS ( $n = 120$ ), y el resto al grupo control en lista de espera ( $n = 102$ ). Los adolescentes que recibieron la intervención presentaron mayor nivel de conocimiento sobre las vías de transmisión de las infecciones sexuales (ITS) ( $p < .001$ ), otras ITS- no VIH ( $p = .001$ ), sobre VIH ( $p < .001$ ), prevención ( $p = .008$ ) y mayor conocimiento global sobre salud sexual ( $p < .001$ ) respecto al grupo control. Además, la intervención logró promocionar una actitud más favorable hacia el uso del preservativo cuando hay obstáculos para su uso ( $p = .01$ ), hacia el preservativo ( $p = .03$ ), hacia las personas que viven con el VIH ( $p = .02$ ) y hacia aspectos relacionados con el VIH ( $p = .005$ ). Los resultados sugieren que el programa COMPAS tiene un efecto positivo en variables de conocimiento y actitudinales relacionadas con una sexualidad saludable en adolescentes que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.

**Palabras clave:** Prevención; intervención; salud sexual; adolescentes

**COMUNICACIÓN 2****Distorsión en la percepción del tiempo durante el visionado de pornografía****Presenta:** *Castro-Calvo, J<sup>1</sup>**Giménez-García, C<sup>2</sup>**Cervigón-Carrasco, V<sup>2</sup>**Gil- Juliá, B<sup>1</sup>**Ballester-Arnal, R<sup>1</sup>***<sup>1</sup>Universidad de Valencia |****<sup>2</sup>Universidad Jaume I de Castellón**

A caballo del enorme número de consumidores de pornografía en prácticamente cualquier rango de edad, se ha documentado un aumento de la prevalencia de usuarios que lo emplean de forma excesiva, disfuncional y asociada a múltiples consecuencias negativas (adicción a la pornografía). Entre otros muchos síntomas, estos pacientes informan perder la noción del tiempo durante la realización de este comportamiento, lo que les lleva a episodios de visionado compulsivo de pornografía que pueden alargarse durante horas, y de los que el paciente apenas es consciente. Estos episodios, documentados en múltiples adicciones tóxicas y comportamentales (p.e., episodios de visionado compulsivo de series de televisión –*binge watching*–), apenas se han estudiado desde paradigmas experimentales, de modo que nuestro conocimiento actual se limita a estudios cualitativos basados en el autoinforme de los propios pacientes. Con el fin de paliar esta limitación, se diseñó un paradigma de psicopatología experimental a través del cual se evaluó dos parámetros: la percepción de la duración y del paso del tiempo viendo pornografía. Este diseño experimental se aplicó en una muestra de 60 participantes y sus resultados se discuten en el marco del procesamiento cognitivo como variable transdiagnóstica en las adicciones comportamentales.

**Palabras clave:** Adicción a la pornografía; percepción del tiempo; jóvenes.

**COMUNICACIÓN 3**

# El papel de la desigualdad de género en las conductas sexuales de riesgo durante la adolescencia. Implicaciones prácticas

*Ramiro, M. T<sup>1</sup>*

**Presenta:** *María Teresa Ramiro Sánchez<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Universidad de Granada**

La adolescencia es una etapa crucial para el desarrollo social, donde factores ambientales y personales interactúan entre sí, afectando al comportamiento y a la toma de decisiones sobre salud sexual de los adolescentes. En los últimos años se ha observado un aumento en el número de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados entre jóvenes de 15 a 24 años, que tienen importantes consecuencias negativas sobre la salud. Por ello, debido a las altas tasas de ITS y embarazos no deseados en población adolescente y los factores que los hacen más susceptibles a la emisión de conductas sexuales de riesgo, durante los últimos años han sido numerosos los esfuerzos destinados a la elaboración de recursos para la prevención en salud sexual en adolescentes. Sin embargo, a pesar de del gran número de intervenciones de prevención diseñadas, implementadas y subvencionadas en los últimos años, existe escasa evidencia científica de su eficacia. Se presentará información sobre los factores psicosociales que afectan a la conducta sexual de los adolescentes, y las estrategias de intervención que resultan eficaces para lograr un aumento de la salud sexual. Concretamente, se presentarán las estrategias utilizadas dentro de un programa de prevención que lleva a cabo una intervención integral que combina la educación, el desarrollo de habilidades y la intervención psicosocial, teniendo en cuenta aspectos contextuales desde una perspectiva de género, y que ha mostrado evidencias empíricas de su eficacia para disminuir la conducta sexual de riesgo.

**Palabras clave:** Desigualdades de género; conductas sexuales de riesgo; adolescentes; prevención.

**COMUNICACIÓN 4****¿Qué factores dificultan el bienestar sexual de los jóvenes?**

**Presenta:** *Giménez-García, C<sup>1</sup>*  
*Castro-Calvo, J<sup>2</sup>*  
*García-Barba, M<sup>1</sup>*  
*Nebot-García, J. E<sup>1</sup>*  
*Gil-Llario, M. D<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Universidad Jaume I de Castellón |**  
**<sup>2</sup>Universidad de Valencia**

Si bien la sexualidad supone una vivencia comprensiva del ser humano, la mayoría de abordajes se han centrado en su dimensión física atendiendo, principalmente, los parámetros biomédicos. En consecuencia, aspectos tan relevantes para el bienestar sexual como los factores psicológicos han sido descuidados. Por este motivo, parece necesario evaluar la calidad de vida sexual, entre la población joven, teniendo en cuenta aquellos motivos que podrían favorecerla. Para ello, 1.264 jóvenes entre 18 y 24 años (33.2% chicos y 66.8% chicas) cumplimentaron un cuestionario sobre Estilos de vida. En líneas generales, solamente un 20,9% de los jóvenes manifiestan sentirse muy satisfechos con su sexualidad, llegando a experimentar disfunciones sexuales un 19,8% de chicos y un 18,1% de chicas. Entre los motivos que causan malestar, casi un 20% reporta complejos sexuales, seguidos de un 12% que reconoce sentir vergüenza o culpa y un 5% que manifiesta miedo ante las relaciones sexuales. Otros motivos como la satisfacción con los genitales ( $\rho=0,358$ ;  $p\leq,001$ ) y la imagen corporal ( $\rho=0,205$ ;  $p\leq,001$ ), así como una menor experiencia de estrés ( $\rho=-0,093$ ;  $p\leq,001$ ) se asocian a mayor satisfacción sexual. En concreto, el 24% de la varianza ( $F=42,18$ ;  $p\leq,001$ ) estaría relacionada con percibir menores complejos, vergüenza y miedo ante las relaciones sexuales, así como la mayor satisfacción con la imagen corporal y, en particular, con los genitales. Así, además de la importancia se muestra la urgencia de abordar la calidad de vida sexual entre la población joven, revelando la necesidad de incorporar estos aspectos en las intervenciones.

**Palabras clave:** Sexualidad; calidad de vida; jóvenes.

**COMUNICACIÓN 5****Aplicaciones para ligar, sexo casual y bienestar en jóvenes universitarios****Presenta:** *Castro, A<sup>1</sup>**Barrada, J. R<sup>1</sup>***<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza**

Las relaciones sexuales casuales, entendidas como aquellas que se producen fuera de una relación romántica de compromiso, se han convertido en una experiencia habitual para los jóvenes. Además, en los últimos años se ha asistido al nacimiento de aplicaciones para ligar, como Tinder, con un incremento exponencial en su uso. Debido a la relevancia y a lo reciente de estos fenómenos, se han realizado dos estudios, cuyos objetivos eran analizar tanto los patrones de conducta sexual casual (prevalencia, tipos de prácticas, tipos de pareja, sociosexualidad) como el uso de aplicaciones para ligar (prevalencia, motivos para su uso) y su relación con el bienestar entre jóvenes universitarios españoles. En ambos estudios participaron un total de 1.789 estudiantes de entre 18 y 24 años, quienes rellenaron una batería de cuestionarios on-line. Se encontró una prevalencia de sexo casual en el año previo de alrededor del 50% de los participantes, además de una prevalencia de uso de Tinder de alrededor del 25%. Además, se encontró que el sexo casual se relacionaba con un mayor bienestar psicosexual (más autoestima como pareja sexual, más satisfacción con la vida sexual). En cuanto al uso de Tinder, se encontró que por sí mismo no se relacionaba con un menor bienestar, pero en función de los motivos por los que se usaba, sí se podía relacionar con un peor estado de ánimo, más insatisfacción con la vida sexual y más preocupación por el sexo. Estos hallazgos se comentan en la última parte de la comunicación, en la que se resalta la importancia de saber gestionar el uso de aplicaciones para ligar y las relaciones sexuales casuales para una sexualidad sana y saludable.

**Palabras clave:** Sexo casual; aplicaciones para ligar; bienestar; jóvenes universitarios.

## **SIMPOSIO INVITADO 2: Características tecnológicas avanzadas aplicadas a los tratamientos psicológicos**

**Viernes 25 de octubre de 2019, de 11:30 a 13:10 horas**

**Coordina: Ignacio Miralles**

### **Resumen general**

La aplicación de la tecnología en los tratamientos psicológicos ya es una práctica extendida y validada en multitud de estudios. Sin embargo, los avances tecnológicos lejos de aminorar el paso, continúan en avanzando cada vez en más líneas. La reactividad de la web y las aplicaciones móviles, los sensores o *wearables*, la inteligencia artificial o la geolocalización son algunas de las características o técnicas que, a pesar de haber recibido algunas aproximaciones, todavía muestran un amplio camino por delante. En este simposio se espera mostrar algunas de estas aproximaciones y analizar el futuro próximo del uso de estas características en los trastornos psicológicos. El Dr. Granell describirá algunas consideraciones a tener en cuenta a la hora de desarrollar aplicaciones móviles con geolocalización para los tratamientos; en el simposio de la Dra. Diana Castilla se discutirán los beneficios de usar tecnologías personalizables y sus características, más allá del protocolo de evaluación e intervención; la Dra. Pei-Chun mostrará estudios empíricos llevados a cabo y la importancia de las TICs en la obtención de datos objetivos y como su registro contribuye al estudio de diversos fenómenos psicológicos; el Dr. Suso-Rivera presentará Monitor de Dolor y hablará sobre los beneficios de usar la aplicación frente al sistema de evaluación habitual y sobre sus aplicaciones para monitorizar la efectividad del tratamiento psicológico; finalmente, Ignacio Miralles describirá el proyecto SyMptOMS, una plataforma que combina tecnología web y móvil para permitir la creación y personalización de aplicaciones con geolocalización capaces de realizar evaluaciones e intervenciones basándose en el contexto.

## COMUNICACIÓN 1

# Consideraciones en el desarrollo de aplicaciones móviles conscientes del contexto para el soporte a los tratamientos psicológicos

**Presenta:** *Carlos Granel<sup>1</sup>*

*Ignacio Miralles<sup>1</sup>*

*Alberto González-Pérez<sup>1</sup>*

*Sven Casteleyn<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Universitat Jaume I, Castellón, España**

Estudios recientes muestran que las aplicaciones móviles se utilizan cada vez más en el ámbito de la psicología, añadiendo cada vez más componentes tecnológicas complejas, como por ejemplo el GPS o técnicas de gamificación. Este tipo de intervenciones consta de muchas dimensiones diferentes como pueden ser el paciente, el terapeuta, la tecnología que se utiliza o el contexto donde se llevan a cabo. En estos trabajos, sin embargo, se detecta a menudo una pérdida de vista de la visión global de todas las dimensiones en conjunto, haciendo énfasis únicamente en algunas de ellas y dejando, además, sin atención a las conexiones que las unen. Esta presentación está centrada en el análisis de los factores a tener en cuenta en el desarrollo de aplicaciones móviles que utilizan el contexto para dar soporte a la intervención en los trastornos psicológicos. Analizando tres áreas de conocimiento diferente (Tecnología, Contexto y Psicología) y tras llevar a cabo una revisión sistemática y varios *focus groups* con especialistas, se identifican y describen las diferentes dimensiones que conviene tener en cuenta y se dan unas consideraciones que pretenden ayudar tanto a los terapeutas como a los desarrolladores a diseñar, programar y generar sus propias herramientas de forma que estas aporten un incremento en la motivación, la adherencia y la efectividad de las mismas.

## COMUNICACIÓN 2

# Psicología y tecnología, tratamientos psicológicos online más allá del protocolo de intervención

**Presenta:** *Diana Castilla*<sup>1, 2</sup>

*Irene Zaragoza*<sup>2</sup>

*Juana Bretón-López*<sup>3</sup>

*Azucena García-Palacios*<sup>2, 3</sup>

*Cristina Botella*<sup>3</sup>

**<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza |**

**<sup>2</sup>Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CB06/03 Instituto Salud Carlos III) |**

**<sup>3</sup>Universitat Jaume I**

La tecnología ha supuesto una revolución a todos los niveles, cambiando la forma en la que trabajamos, nos socializamos o incluso interpretamos el mundo. En paralelo, la psicología ha comenzado a desarrollar también nuevos métodos de evaluación e intervención, aprovechando las posibilidades que la tecnología ofrece.

Durante años, la investigación científica en psicología ha desarrollado intervenciones psicológicas que han demostrado ser eficaces para tratar distintos trastornos y también para abordar diversos aspectos psicológicos que afectan a las personas que sufren enfermedades. En la actualidad ya es posible aplicar algunos de esos programas a través de Internet, ayudando a mejorar el acceso a la terapia mediante un horario flexible y un menor coste. El resultado es de interés para aquellas personas que no pueden acceder a la terapia por falta de tiempo, recursos económicos o distancia geográfica. Sin embargo, la terapia online es algo más que un protocolo de evaluación e intervención. Otros aspectos fundamentales como son la adherencia, la alianza terapéutica, la comunicación con el terapeuta o el contexto terapéutico, se transforman dentro de un medio tecnológico que requiere de nuevas habilidades, tanto para el paciente como para el clínico.

[www.psicologiytecnologia.com](http://www.psicologiytecnologia.com) es una plataforma de meta-tratamiento que ha permitido la administración de más de 60 protocolos de evaluación y tratamiento distintos de forma simultánea. En el simposio, discutiremos los beneficios de usar tecnologías personalizables y las características que estas deberían tener en cuenta, más allá del protocolo de evaluación e intervención.

## COMUNICACIÓN 3

# Nuevas tendencias en medidas conductuales

**Presenta:** *Pei-Chun Shih*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>**Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España**

Los avances tecnológicos han contribuido de forma decisiva a los progresos producidos durante las últimas décadas en la evaluación psicológica. La llegada de los dispositivos móviles, más recientemente, los “wearables”, y el auge del Big Data, han creado nuevas oportunidades para la medición en Psicología. Las posibilidades de obtener datos de los sujetos en tiempo real y en su contexto cotidiano (véase Ecological Momentary Assessments) se presentan como la gran promesa para alcanzar un mayor entendimiento de los fenómenos psicológicos. Sin embargo, todo esto supone un gran desafío que la Psicología debe afrontar, no como simple espectador, sino como parte fundamental del proceso. Desde la Psicología, debemos aportar marcos de referencia que sirvan para guiar el análisis de los datos masivos y la interpretación de sus resultados. Para ello, desde el punto de vista de la medición, debemos ser capaces de establecer indicadores conductuales a partir de datos continuos que sean útiles a la hora de orientar la búsqueda de patrones de interés. En este simposio, presentaremos dos estudios, realizados con la tarea experimental “go-no go” y el juego de la confianza, para ilustrar el potencial de los análisis del Small Data en Psicología para el futuro del Big Data.

## COMUNICACIÓN 4

# Monitor de dolor: ¿cómo podemos utilizar la evaluación ecológica momentánea a través de una aplicación para teléfonos móviles para mejorar el tratamiento del dolor crónico?

**Presenta:** *Carlos Suso-Ribera*<sup>1</sup>

*Diana Castilla*<sup>2, 3</sup>

*Irene Zaragoza*<sup>2</sup>

*Irene Jaén*<sup>1</sup>

*Azucena García-Palacios*<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Universitat Jaume I |

<sup>2</sup>Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutricion (CB06/03 Instituto Salud Carlos III) |

<sup>3</sup>Universidad de Zaragoza

La forma como evaluamos está cambiando dramáticamente gracias a las tecnologías de la información y la comunicación. La evaluación ecológica momentánea es ahora más accesible, inmediata y ecológica que nunca, principalmente gracias a la disponibilidad de los teléfonos inteligentes. En entornos de salud, el uso de tales tecnologías (mSalud) está aumentando en los últimos años. En el presente estudio, analizaremos cómo Monitor de Dolor, una aplicación para teléfonos inteligentes desarrollada por nuestro equipo, puede mejorar los tratamientos existentes para el dolor. Actualmente hemos realizado dos estudios con la aplicación. Primero, probamos la validez del contenido y la aceptabilidad de la aplicación con 37 pacientes con dolor crónico que asistían a una unidad de dolor especializada. A continuación, probamos la utilidad de la aplicación en un ensayo controlado aleatorio en el que el método de evaluación habitual (evaluación presencial durante las visitas presenciales) se comparó con la telemonitorización mediante la aplicación. En el simposio, discutiremos los beneficios de usar la aplicación frente al sistema de evaluación habitual, tal como se detectó en ambos estudios, y discutiremos sus aplicaciones para monitorizar la efectividad del tratamiento psicológico. Entre otros, los beneficios incluyen una rápida detección de eventos no deseados a través de la telemonitorización (p.ej. ansiedad o depresión severa y recurrente, insomnio, efectos secundarios de la medicación, abandono de la medicación o falta de respuesta al tratamiento), además de la obtención de medidas más fiables de la evolución del paciente.

## COMUNICACIÓN 5

# SyMptOMS: una plataforma web y móvil para la creación de aplicaciones con geolocalización para dar soporte a los tratamientos psicológicos

**Presenta:** *Ignacio Miralles*<sup>1</sup>

*Carlos Granell*<sup>1</sup>

*Sven Casteleyn*<sup>1</sup>

*Alberto González-Pérez*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>**Universitat Jaume I**

El enorme auge de las aplicaciones móviles que se utilizan en los tratamientos psicológicos pone de manifiesto la efectividad de las mismas. El desarrollo de este tipo de aplicaciones conlleva la colaboración entre perfiles clínicos, quienes definen cual debe ser el comportamiento de las tecnologías, y perfiles técnicos, responsables del desarrollo y diseño de las mismas; sin embargo, este tipo de grupos multidisciplinares no siempre es fácil de conseguir ni de coordinar. Con el objetivo de proveer de independencia a los clínicos, se ha desarrollado una plataforma que permite a los terapeutas crear sus propias aplicaciones de forma sencilla. Esta plataforma se compone de una aplicación web, en la que los terapeutas pueden crear las aplicaciones y posteriormente visualizar los resultados deseados, y de una aplicación móvil, que se personaliza de forma automática para cada uno de los pacientes de la forma que el terapeuta hay decidido. SyMptOMS permite, por ejemplo, que un terapeuta identifique una serie de lugares en un mapa de forma que cuando el paciente se acerque a ellos el teléfono le lance de forma automática una notificación personalizada, un cuestionario o le redirija a una página web donde pueda repasar el contenido visto en terapia. En este simposio se debatirá sobre las capacidades actuales de la plataforma, ya en uso, y sobre las posibilidades futuras entre las que se encuentra el análisis de patrones de movimiento o la aplicación de algoritmos de inteligencia artificial para ajustar los contenidos y la monitorización mediante aprendizaje automático.

### **SIMPOSIO INVITADO 3: Regulación emocional en la infancia y adolescencia**

**Viernes 25 de octubre de 2019, de 11:30 a 13:10 horas**

**Coordina: Alma Martínez**

#### **Resumen general**

La regulación emocional (ER) se define como los intentos y maneras de influir en nuestras emociones y expresarlas (Diamond & Aspinwall, 2003; Gross, 2014). En este sentido, desde el modelo de regulación emocional de Gross (2008) las estrategias dependerán del momento en el que se tenga que influir o modificar la emoción; así, se pueden poner en juego estrategias basadas en la selección o cambio situacional antes de que se produzca la emoción, o bien re-dirección atencional o cognitiva, o bien reevaluación o supresión.

Se presentan cuatro comunicaciones que abordan el análisis, la evaluación e intervención en los procesos de regulación emocional.

## COMUNICACIÓN 1

# Regulación emocional. Implicaciones en la psicopatología en la infancia y la adolescencia. Una aproximación transdiagnóstica

**Presenta:** *Adoración-Reyes Moliner*<sup>1</sup>

*M<sup>a</sup> Dolores Grau*<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir**

Una primera presentación introductoria enfatiza la evidencia del papel de la regulación emocional, de la baja tolerancia al malestar y de la rigidez como base de trastornos en niños y adolescentes (tanto externalizantes como internalizantes: problemas de conducta, trastornos afectivos, ansiedad...). Analizando tales factores desde la orientación de transdiagnóstico.

## COMUNICACIÓN 2

# Evaluación de Competencias Emocionales y de otros fenómenos relacionados con la Regulación Emocional

**Presenta:** *Juan Miguel Fluja Contreras*<sup>1</sup>

*Lidia Cobos Sánchez*<sup>2</sup>

*Inmaculada Gómez Becerra*<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>Universidad de Almería |**

**<sup>2</sup>Departamento Orientación Escolar. Instituto de Educación Secundaria y Bachiller “Sol de Portocarrero” (Almería)**

Una segunda presentación hace una revisión de los diferentes instrumentos que evalúan tales aspectos: tolerancia al malestar, inteligencia emocional en sus tres facetas (atención, expresión-interpretación, y regulación), fusión cognitiva, etc. Con especial énfasis en los datos de un estudio de validación del WAN, que es un instrumento que mide competencias emocionales.

### COMUNICACIÓN 3

## Validación de la Regulación Emocional como una dimensión en un Modelo de Transdiagnóstico de diferentes trastornos psicológicos en adolescentes

*Juan Miguel Fluja Contreras<sup>1</sup>*

*Lidia Cobos Sánchez<sup>2</sup>*

**Presenta:** *Inmaculada Gómez Becerra<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Universidad de Almería |**

**<sup>2</sup>Departamento Orientación Escolar. Instituto de Educación Secundaria y Bachiller “Sol de Portocarrero” (Almería)**

Una tercera presentación aporta datos de validación del modelo de transdiagnóstico que incluye las dificultades de regulación emocional como una de las raíces que, junto a la inflexibilidad psicológica y la baja tolerancia al malestar, median en el mantenimiento de diferentes problemas y barreras psicológicas.

## COMUNICACIÓN 4

# Entrenamiento en Regulación Emocional en un niño con trastornos emocionales: Estudio de caso

**Presenta:** *Alejandro Sanchis*<sup>1,2</sup>

*Noelia Císcar*<sup>3</sup>

**<sup>1</sup>Unidad de Psicopatología Infanto-Juvenil. Clínicas Universitarias. Universidad Católica de Valencia 'San Vicente Mártir' |**

**<sup>2</sup>Facultad de Psicología. Universidad Católica de Valencia 'San Vicente Mártir' |**

**<sup>3</sup>Escuela de Doctorado, Universidad Católica de Valencia 'San Vicente Mártir'**

Una cuarta presentación ilustra un protocolo de intervención en Regulación Emocional a través de un estudio de caso de un niño con trastornos emocionales.

## COMUNICACIÓN 5

# La Terapia Dialéctica-Comportamental para abordar la desregulación emocional en adolescentes: resultados preliminares

**Presenta:** *María Vicenta Navarro Haro*<sup>1</sup>

*Miquel Gasol Colomina*<sup>2</sup>

**<sup>1</sup>Departamento de Psicología y Sociología, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales,  
Universidad de Zaragoza |**

**<sup>2</sup>Unidad de Trastornos de la Personalidad, Hospital Universitario General de Cataluña**

La terapia dialéctica comportamental se desarrolló para tratar la desregulación emocional persistente en adultos con patología grave. Sin embargo, en la última década se ha extendido su aplicación a diferentes poblaciones de adultos y adolescentes que muestran un amplio rango de dificultades de regulación emocional (p.ej. inestabilidad afectiva, problemas interpersonales, impulsividad, etc.); reconociéndose como una estrategia de tratamiento transdiagnóstica. En esta ponencia, se presentarán las adaptaciones de la terapia dialéctica comportamental para adolescentes en los ámbitos clínico y educativo, así como resultados preliminares obtenidos en población española.

## **SIMPOSIO INVITADO 4: Evaluación y tratamiento de los trastornos perinatales**

**Sábado 26 de octubre de 2019, de 10:30 a 12:00 horas**

**Coordina: Gracia Lasheras**

### **Resumen general**

A pesar de la alta prevalencia de los trastornos mentales en la etapa perinatal (20-25%), y las consecuencias negativas que pueden generar, sobre la madre y en el neurodesarrollo de la descendencia, estos trastornos han permanecido durante mucho tiempo infradiagnosticados y sin protocolos terapéuticos adecuados.

La predicción de la depresión posparto (DPP) debe conceptualizarse desde un modelo biopsicosocial, atendiendo a los factores de riesgo durante el embarazo. Se ha evidenciado que la depresión en el embarazo predice la DPP, lo que refleja la necesidad de evaluar la sintomatología depresiva de manera temprana en el embarazo manteniéndola hasta el posparto.

La enfermedad del neonato y su ingreso tras el parto en la Unidad de Neonatología, supone un estresor añadido para la madre que podría generar consecuencias sobre la aparición de la DPP. Determinados estilos de afrontamiento materno a este estrés influyen en la eclosión posterior de la DPP.

El vínculo madre-hijo, imprescindible para el desarrollo y la supervivencia del bebé, puede alterarse por distintos factores, como la psicopatología materna perinatal. En esta población más vulnerable, se han detectado factores que guardan relación con variables de distinta naturaleza: desde carga genética, traumas en la infancia o patología activa durante el embarazo.

Uno de los dispositivos necesarios para abordar adecuadamente la patología mental severa materna en el posparto, son las Unidades Madre-Bebé. Se expondrán los resultados preliminares sobre la efectividad del primer Hospital de Día Madre-Bebé en el territorio español, que ofrece un programa de atención integral a la salud mental madre-bebé.

## COMUNICACIÓN 1

# Predicción longitudinal de la sintomatología depresiva en el posparto a partir de factores biopsicosociales en el embarazo

**Presenta:** *Verónica Martínez Borba*<sup>1</sup>

*Carlos Suso Ribera*<sup>1</sup>

*Jorge Osma*<sup>2,3</sup>

*Laura Andreu*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitat Jaume I |

<sup>2</sup>Universidad de Zaragoza |

<sup>3</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

**Introducción:** la predicción de la depresión posparto (DPP) debe conceptualizarse desde un modelo biopsicosocial, atendiendo a los factores de riesgo durante el embarazo. El objetivo de este estudio es explorar la contribución longitudinal de los factores de riesgo biopsicosociales en la DPP en mujeres perinatales. **Método:** mediante una web, se evaluaron variables biopsicosociales durante el embarazo ( $n = 266$ ; semanas 16-36 gestación) incluyendo edad, ambivalencia afectiva, personalidad, apoyo social y depresión. La sintomatología fue evaluada también en el posparto ( $n = 101$ ). Se analizaron correlaciones bivariadas y un modelo de ecuaciones estructurales (SEM). **Resultados:** la edad, ambivalencia afectiva, neuroticismo, afecto positivo y negativo se asociaron con la depresión concurrente durante el embarazo ( $p < .01$ ). La edad, ambivalencia afectiva y el afecto positivo se relacionaron con DPP ( $p < .01$ ). Además, la ambivalencia afectiva ( $\beta=1.97$ ;  $p=.003$ ) el afecto positivo ( $\beta=-0.29$ ;  $p<.001$ ) y negativo ( $\beta=0.22$ ;  $p=.024$ ) fueron predictores significativos de depresión concurrente en el SEM. En cambio, solo la edad ( $\beta=0.27$ ;  $p=.010$ ) y la depresión ( $\beta=0.37$ ;  $p=.002$ ) en el embarazo predijeron DPP. **Discusión:** diferentes factores de riesgo se han asociado a depresión en el embarazo, sin embargo, la estabilidad de la sintomatología depresiva a lo largo de la etapa perinatal, limita la contribución de estos factores en la depresión posparto. Estos resultados, reflejan la necesidad de realizar evaluaciones de sintomatología depresiva de manera temprana en el embarazo manteniéndola hasta el posparto. El uso de las tecnologías de la información y la comunicación puede ser un medio coste efectivo para este fin.

## COMUNICACIÓN 2

# Depresión posparto, vínculo y afrontamiento materno al estrés del ingreso neonatal

**Presenta:** *Lasheras, G<sup>1</sup>*

*Mestre, G<sup>1</sup>*

*Farré-Sender, B<sup>1</sup>*

*Porta, R<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital Universitario Dexeus**

**Introducción:** Se examinaron los factores de riesgo potenciales para la aparición de la depresión posparto (DPP) a los 40 días después del parto, en n=125 madres cuyos bebés fueron admitidos en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Se comparó con un grupo control (n=276) de madres cuyos bebés eran sanos y o precisaron ingreso. **Método:** Las participantes fueron evaluadas a través de una encuesta online para el diagnóstico de la DPP (Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo; EPDS), el vínculo madre-hijo (Cuestionario de Vinculación en el posparto; PBQ) y las estrategias de afrontamiento al estrés (Inventario de Estrategias de Afrontamiento; CSI). Se recopiló información demográfica, psiquiátrica, reproductiva, obstétrica y neonatal adicional. **Resultados:** No se encontraron diferencias con respecto a la DPP y el vínculo entre ambos grupos. El análisis multivariado proporcionó un modelo final en el que la reestructuración cognitiva, la evitación de problemas, la gravedad de los problemas de salud neonatal durante las primeras 12 horas de vida y la resolución de problemas fueron los mejores predictores de la depresión posparto, explicando el 43,7% de la varianza en el grupo de la UCIN. **Discusión:** Estos resultados apuntan a la necesidad de obtener información sobre los estilos de afrontamiento maternos ante el estrés del ingreso neonatal y diseñar estrategias de intervención tempranas a fin de prevenir la DPP. Se discuten las implicaciones para las intervenciones dirigidas.

**COMUNICACIÓN 3****El vínculo materno-infantil: factores de riesgo prenatales en población psiquiátrica**

**Presenta:** *Farre-Sender, B*

*Torres, A*

*Gelabert, E*

*Roca, A*

*Andres, S*

*Lasheras, G*

*Valdés, M*

*García-Esteve, L*

La presentación centra su atención en el estudio del vínculo temprano que la madre desarrolla hacia su bebé recién nacido. Este vínculo, imprescindible para el desarrollo y la supervivencia del bebé, puede ser alterado por distintos factores, como la psicopatología materna antes y durante el embarazo, el sufrir un parto traumático o una depresión posparto. Nos centraremos en el estudio de los factores de riesgo prenatales, es decir, aquellos que puedan predecir una alteración del vínculo temprano antes de que éste se desarrolle como tal. Así mismo, nos centraremos en población psiquiátrica, una población mucho más vulnerable.

Los factores detectados guardan relación con variables de muy distinta naturaleza (desde carga genética, traumas en la infancia o patología activa durante el embarazo).

**COMUNICACIÓN 4****Efectividad de la intervención multidisciplinar especializada en trastornos emocionales perinatales: resultados preliminares****Presenta:** *Gelabert, E**Roca, A**Torres, A**Andrés, S**Naranjo, M.C**Roda, E**Fernández, N**García-Esteve, LL*

Los Trastornos Mentales Perinatales tienen una prevalencia entorno al 20-25%, siendo los trastornos ansiosos y depresivos los más frecuentes (trastornos emocionales). Son bien conocidos los efectos de la patología mental en la salud de la madre y en el neurodesarrollo del bebé, especialmente cuando ésta es severa y crónica. Si bien durante mucho tiempo los trastornos emocionales perinatales han estado infradiagnosticados, y por tanto no atendidos adecuadamente, en los últimos años se ha puesto de relieve la necesidad de implementar programas especializados con un modelo de atención centrado en la díada madre-bebé. En el 2018 se puso en marcha el Hospital de Día Madre Bebé de Barcelona (HDMB), unidad pionera y única en todo el estado español, que aplica un programa de tratamiento combinado en el que participan profesionales de la psiquiatría, psicología, enfermería de salud mental y pediátrica y trabajo social.

En la presentación se va a exponer las características del programa que ofrece este dispositivo especializado en la atención integral a la salud mental madre-bebé, así como los resultados preliminares sobre su efectividad en puérperas con trastorno afectivo y/o de ansiedad. Se evaluará la reducción de la sintomatología (escalas autoadministradas y criterios diagnósticos DSM-5) e indicadores de mejoría de capacitación materna. Asimismo, se valorará el grado de satisfacción y utilidad percibida del programa de intervención.

## SIMPOSIO INVITADO 5: Intervenciones transdiagnósticas en distintos contextos y formatos

Sábado 26 de octubre de 2019, de 10:30 a 12:00 horas

Coordina: Jorge J. Osma López

### Resumen general

El enfoque transdiagnóstico plantea la existencia de factores etiológicos comunes en distintas categorías diagnósticas. Fruto del mismo, han surgido distintos tratamientos psicológicos denominados transdiagnósticos. En el caso de los trastornos emocionales (TE; trastornos de ansiedad, estado de ánimo y relacionados), los más prevalentes en la sociedad, se han desarrollado distintas intervenciones cuyo nexo común es el abordaje de la disregulación emocional. Una de las ventajas de estos tratamientos es la posibilidad de tratar, con la misma intervención, a personas con distintos TE incluso cuando hay comorbilidad con otros trastornos. Ya contamos con estudios de meta-análisis sobre la eficacia de los tratamientos transdiagnósticos en los TE en niños, adolescentes y adultos (García-Escalera et al., 2016). A pesar de los buenos resultados obtenidos hasta el momento, existen algunas barreras para diseminar estos tratamientos por lo que, los formatos grupales de intervención o los formatos online, podrían ayudarnos a solucionar estos problemas. En este simposio se presentarán datos sobre la eficacia de un tratamiento transdiagnóstico para el tratamiento de los TE denominado Protocolo Unificado (Barlow et al., 2011) en sus versiones grupal, para adultos atendidos en unidades de salud mental públicas (Osma et al., 2018), y online, para adolescentes (García-Escalera et al., 2017) y adultos (Díaz-García et al., 2017). Asimismo, se presentarán datos de otro tratamiento transdiagnóstico conocido como PsicAP (Cordero-Andrés et al., 2017) que se lleva a cabo en los servicios de atención primaria, también en formato grupal. A través de estas comunicaciones podremos conocer las características y resultados de estas intervenciones transdiagnósticas todas ellas implementadas en nuestro país.

**Palabras clave:** transdiagnóstico, trastornos emocionales, online, grupal, atención primaria, protocolo unificado.

## COMUNICACIÓN 1

# Aprende a Manejar tus Emociones (AMTE): un tratamiento transdiagnóstico por internet para adolescentes con ansiedad y/o depresión

**Presenta:** *Bonifacio Sandín*

*Julia García-Escalera*

*Rosa M. Valiente*

*David Pineda*

*Paloma Chorot*

Los trastornos emocionales (ansiedad y la depresión) son problemas comunes en población adolescente que presentan una alta comorbilidad. El transdiagnóstico es uno de los enfoques actuales más prometedores en psicología clínica ya que permite tratar estos trastornos de forma conjunta a través de protocolos unificados que abordan procesos etiológicos y de mantenimiento comunes a los diversos trastornos emocionales. El equipo de Jill Ehrenreich-May de la Universidad de Miami desarrolló recientemente un protocolo de terapia cognitivo conductual transdiagnóstica (TCC-T; Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en Adolescentes; UP-A, Ehrenreich-May et al, 2018) que ha demostrado ser eficaz para la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes con trastornos emocionales. El UP-A aborda con un formato de terapia individual variables y procesos transdiagnósticos, como el neuroticismo, la evitación emocional, y diversas estrategias de regulación emocional. Teniendo en cuenta que un bajo porcentaje de adolescentes accede a servicios de tratamiento psicológico de calidad por barreras relacionadas con el alto coste económico y el estigma asociado a acudir a servicios de Salud Mental, nuestro grupo de investigación de la UNED ha desarrollado el programa de tratamiento online para adolescentes denominado Aprende a Manejar tus Emociones (AMTE). Específicamente, AMTE está basado en la estructura modular del UP-A, aunque su aplicación se realiza a través de internet en lugar de cara-a-cara, con el apoyo de un terapeuta (vía correo electrónico y telefónica fundamentalmente). El objetivo principal de esta comunicación es presentar la estructura modular del protocolo AMTE y sus características básicas de funcionamiento. Así mismo, se presentan resultados preliminares sobre su eficacia en el tratamiento de problemas emocionales. Los resultados indican que el programa de intervención es prometedor para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes, así como también para posibles acciones preventivas de los mismos. Se discuten sus implicaciones y las posibles ventajas sobre los tratamientos tradicionales de estos trastornos.

## COMUNICACIÓN 2

# La regulación del afecto positivo en un protocolo de tratamiento transdiagnóstico online para los trastornos emocionales: un ensayo controlado aleatorizado

**Presenta:** *Amanda Díaz-García*<sup>1</sup>

*Alberto González-Robles*<sup>1</sup>

*Javier Fernández-Álvarez*<sup>1</sup>

*Juana María Bretón-López*<sup>1</sup>

*Azucena García-Palacios*<sup>1</sup>

*Rosa María Baños*<sup>2</sup>

*Cristina Botella*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>**Univeristat Jaume I |**

<sup>2</sup>**Universidad de Valencia**

**Introducción:** Recientemente, se han desarrollado diferentes tratamientos transdiagnósticos dirigidos al tratamiento de los trastornos emocionales (TE) con el objetivo de tratar simultáneamente más de un trastorno y mejorar la eficacia de los tratamientos basados en la evidencia (TPBE). La mayoría de estas intervenciones transdiagnósticas se han centrado fundamentalmente en la regulación del afecto negativo (AN) y menos en la regulación del afecto positivo (AP), pese a la importancia de las emociones positivas en el bienestar y la salud mental. Por otro lado, es esencial diseminar los TPBE y las nuevas tecnologías como Internet pueden ser de gran ayuda. El objetivo del presente trabajo es presentar datos de eficacia de un tratamiento transdiagnóstico online para los TE en una muestra comunitaria, que incluye componentes tradicionales de terapia cognitivo-conductual, así como un componente específico para abordar el AP. **Método:** Participantes con diagnóstico de TE fueron asignados aleatoriamente a una de tres condiciones: (a) Tratamiento transdiagnóstico “Tradicional” (TT); b) Tratamiento transdiagnóstico + Componente de regulación del AP (TT + AP); c) Grupo control lista de espera (LE). **Resultados:** Se observan reducciones pre-post significativas de AN en las dos condiciones experimentales, así como incrementos en el AP, comparado con el grupo control. En general, los participantes que recibieron la intervención (TT y TT + AP) mostraron un mayor porcentaje de recuperación en comparación con los de LE, que obtuvieron altos porcentajes de deterioro en todas las medidas de resultado primarias. **Discusión:** Los resultados contribuyen a mejorar la eficacia de los actuales protocolos de tratamiento transdiagnósticos para los TE, subrayando la importancia de incluir componentes de AP y de promover la diseminación de los TPBE.

### COMUNICACIÓN 3

## PsicAP. Un protocolo de tratamiento para trastornos emocionales en Atención Primaria

**Presenta:** *Antonio Cano Vindel*<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>Universidad Complutense de Madrid**

Las emociones son reacciones adaptativas universales, pero el estrés psicosocial y la falta de habilidad para el manejo o regulación de las mismas pueden producir reacciones excesivamente intensas y crónicas que generan malestar psicológico, alta activación fisiológica y problemas de adaptación. Una vez que se han aprendido estas nuevas respuestas, su evolución tiende hacia la cronicidad, la comorbilidad y la discapacidad. Este aprendizaje emocional sigue unas normas a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, que se pueden usar para revertir el aprendizaje. Existen diferencias individuales en la trayectoria desarrollada, pero los principios son generales, gozan de evidencia y la terapia cognitivo-conductual (TCC) dispone de herramientas que pueden ser aplicadas a cada caso para revertir el aprendizaje emocional desadaptado. Esta TCC se puede aplicar en grupo y con enfoque transdiagnóstico. El protocolo PsicAP (Psicología en Atención Primaria) ha sido diseñado para tratar trastornos emocionales o trastornos mentales comunes, consta de 7 sesiones en grupo, en las que se aplican psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, técnicas conductuales y prevención de recaídas. El ensayo clínico PsicAP (N=639) ha obtenido tamaños del efecto intergrupo grandes, frente al tratamiento habitual, para la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, que se mantienen en los seguimientos a los 6 y 12 meses. En esta presentación se describe este protocolo y sus resultados.

**Palabras clave:** Emociones, Trastornos de ansiedad, Depresión, Tratamiento, Transdiagnóstico.

## COMUNICACIÓN 4

# Eficacia del Protocolo Unificado para el tratamiento grupal de trastornos emocionales en la Salud Mental Pública

**Presenta:** *Jorge Osma*<sup>1,2</sup>

*Carlos Suso-Ribera*<sup>3</sup>

*Óscar Peris-Baquero*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza, <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón,

<sup>3</sup>Universitat Jaume I

**Introducción:** Los trastornos emocionales (TE) se caracterizan por: (1) la presencia de emociones como la ansiedad, tristeza, culpa, vergüenza o enfado, de manera frecuente e intensa; (2) la reacción aversiva ante estas emociones y (3) los intentos de huir de ellas y evitarlas. El factor que desencadena estas experiencias emocionales es el Neuroticismo, por tanto, esta variable temperamental explicaría la alta comorbilidad entre los TE. El equipo del Dr. David Barlow en la Universidad de Boston ha diseñado y sometido a prueba la intervención cognitivo-conductual conocida como Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los TE (PU). Esta intervención se focaliza en el tratamiento de la disregulación emocional compartida por los pacientes con TE. **Método:** En esta comunicación se presentarán resultados de un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico (PI17/00320) llevado a cabo en distintas unidades de salud mental españolas. **Resultados:** Se expondrán los resultados obtenidos tras 6 meses de intervención con el PU en formato grupal, en comparación con los obtenidos en el mismo periodo de tiempo por la intervención habitual (formato individual) en las medidas: neuroticismo y extraversión (NEO-FFI), afecto positivo y negativo (PANAS), síntomas depresivos y ansiosos (BDI y BAI) y calidad de vida (ICV). **Discusión:** En la comunicación se describirán los resultados más relevantes en cada condición experimental y se comentarán los beneficios que el PU aplicado en formato grupal tiene para la mejora del binomio coste-beneficio en los servicios públicos de salud mental.

**Palabras clave:** Protocolo Unificado, trastornos emocionales, salud pública, neuroticismo, calidad de vida.

**SIMPOSIO INVITADO 6: Psicología clínica y primeros episodios psicóticos:  
retos y barreras en la implantación de los tratamientos psicológicos**

**Sábado 26 de octubre de 2019, de 12:30 a 14:00 horas**

**Coordina: Antonio J. Vázquez Morejón**

**Resumen general**

La plena integración de la Psicología Clínica en los servicios sanitarios públicos supone el importante reto de ocupar espacios asistenciales en los que sus aportaciones (teóricas y clínicas) constituyan avances relevantes para la calidad y eficiencia asistencial.

El criterio de equidad, horizontal y vertical, con aportaciones de recursos ajustados a la gravedad de los trastornos, compromete de modo especial a la psicología clínica con el estudio y tratamiento de las psicosis.

Los avances en modelos y tratamientos psicológicos experimentados en los últimos años añaden el valor de la eficacia y la eficiencia, situando este ámbito asistencial en un lugar prioritario.

Reflexionar sobre los retos y barreras para la plena implantación de estas aportaciones en los servicios sanitarios públicos constituye el objetivo de esta mesa.

## COMUNICACIÓN 1

# Tratamientos psicológicos en PEP: ¿a quién, cómo y cuánto? Retos para su expansión en la comunidad

Presenta: *Antonio J. Vázquez Morejón*<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>Coordinador Unidad de Salud Mental Comunitaria Guadalquivir.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla**

La psicosis constituye uno de los ámbitos psicopatológicos de mayor incidencia en la calidad de la vida de las afectadas y de su entorno familiar.

El papel de la Psicología Clínica en este ámbito ha experimentado un importante crecimiento en las últimas décadas con el desarrollo de modelos y tratamientos psicológicos efectivos, algunos de ellos ya recogidos en diversas guías de práctica clínica.

La implantación de estos tratamientos en el sistema sanitario público sufre, sin embargo, un grave retraso, originado que sólo un escaso porcentaje de la población tenga acceso a estos tratamientos en las condiciones adecuadas. El retraso en el acceso, las “dosis” inadecuadas, la variabilidad en la formación, la escasez de supervisión, la diversidad en las actitudes hacia los distintos modelos de intervención y la carencia de indicadores, cuantitativos y cualitativos, son algunas de los obstáculos que limitan el uso efectivo de estos tratamientos.

Sólo desde un marco de referencia en el que se considere la salud mental en condiciones de igualdad con la salud física, con recursos y parámetros de calidad similares, se puede hacer avanzar en la implantación de estos tratamientos efectivos.

Revisar las distintas barreras que obstaculizan esta implantación y reflexionar sobre alternativas (estratégicas, organizativas, formativas y asistenciales) para su superación en el sistema sanitario público constituye el objetivo de esta mesa.

## COMUNICACIÓN 2

# ITP en ámbito rural: superando barreras desde el fortalecimiento de la actitud terapéutica y de la recuperación

**Presenta:** *Patricia Delgado Ríos*<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>FEA Psicología Clínica. USMC Osuna. Hospital La Merced, Osuna, Sevilla**

En general, existe una notable variabilidad en cuanto a recursos, estructuración de servicios, protocolización de programas específicos para la detección e intervención temprana en psicosis, que se acrecienta si la ecuación incluye la variable urbana versus rural.

En zonas rurales identificamos una serie de barreras y características organizativas del sistema de salud que dificultan las ya propias de este tipo de abordajes (escasez de recursos profesionales y de dispositivos de tercer nivel, alta tasa de recambio y distribución desigual de tareas entre categorías profesionales, amplia dispersión geográfica, etc). Frente a lo cual destacan otros aspectos idiosincrásicos (contención de la red natural, menor estigma y exigencia social, estilos de adaptación familiar tolerantes) con un papel potenciador de la filosofía de la ITP.

Teniendo esto en mente, y desde nuestra experiencia en una unidad de salud mental comunitaria rural, pretendemos estimular una mirada crítica y constructiva a la vez que valiente y comprometida con nuestra profesión y el trabajo que nos ocupa, reflexionando acerca de cuestiones del tipo ¿cuál debería ser el formato de implantación de la ITP en estas áreas, modelo integrado y transversal entre niveles o equipos independientes? ¿Qué puede aportar la psicología clínica en cuanto a la evaluación y aplicación de patrones asistenciales flexibles y que maximicen una accesibilidad eficiente, y todo ello sin perjudicar a su vez el trabajo con otros procesos de salud mental? ¿Qué hándicaps encontramos a la hora de definir nuestro perfil profesional y psicoterapéutico para la ITP?

### COMUNICACIÓN 3

## Atención psicológica en los programas de psicosis incipiente

**Presenta:** *Gloria Bellido Zanin*<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>F.E.A. Psicología clínica. Centre D'higiene Mental. CSMIJ Les Corts. Barcelona**

A raíz de experiencias internacionales cómo las desarrolladas en Orygen, Australia, que demostraron la eficacia de la intervención precoz en los primeros episodios de psicosis, estas prácticas se han ido trasladando a otros países.

En 2007 en Cataluña comenzó un programa piloto para crear equipos de psicosis incipiente. Los datos recogidos han demostrado su eficacia.

Esto ha hecho que en 2018 se haya empezado a extender este programa piloto al resto del territorio con el objetivo que haya equipos del PAE-TPI repartidos por toda Cataluña.

A raíz del análisis de estos programas y de la literatura sobre el tema se exponen una serie de barreras y retos en los tratamientos psicológicos para la psicosis como los escasos estudios sobre eficacia o la falta de acceso de toda la población a los tratamientos psicológicos.

Como conclusión podemos avanzar que queda mucho para asegurar unos mínimos de intervención psicológica para todas las personas con psicosis.

## COMUNICACIÓN 4

# Intervención temprana en psicosis: el reto de delimitar los inicios en la infancia

**Presenta:** *Marta López Narbona*<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>F.E.A. Psicología clínica. Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla**

De la Psicología Clínica y PEP a los Retos y Barreras de los Tratamientos Psicológicos hará llegar a la última comunicación en la que se buscan los “inicios”... y en los “inicios” siempre la Infancia. Y en la infancia el comienzo de todo, donde todo se cuece casi de forma desapercibida, de forma abrupta o crónica desde el principio... también los PEP.

Pasaremos por los retos de encontrar cuando empieza el enfermar psíquico infantil donde éste supone un vivo ejemplo de sucesos de primera magnitud que ponen en peligro la individuación y la dimensión social de la persona siendo Las enfermedades mentales en la infancia muy perturbadora y dolorosa también para la familia de la que dependen plenamente.

Repasaremos lo específicos de estas etapas de la infancia y de la adolescencia que las hace distintas en la comprensión y el abordaje de la del mundo adulto y a las que se accede (en busca de esos comienzos del niño herido) desde la cabeza del clínico adulto.

Hablaremos mil veces de la atención integral de un ser en crecimiento, de la conveniencia de escribir los diagnósticos en la infancia “con lápiz y goma de borrar cerca”, de los tratamientos psicológicos con técnicas Infanto-juveniles también aplicadas a los adultos de los que dependen, de los Casos Graves en los que también están los PEP y del necesario Trabajo en Equipo y Trabajo en Red en esta etapa.

**SIMPOSIO INVITADO 7: Intervención psicológica en otras dependencias:  
comportamentales, relacionadas y sectarias**

**Sábado 26 de octubre de 2019, de 12:30 a 14:00 horas  
Coordina: Vega González Bueso**

**Resumen general**

En los últimos años, se ha reconocido que los problemas de dependencia no están limitados solo a los comportamientos generados por el uso descontrolado de sustancias. Existen hábitos de comportamiento aparentemente neutros que, en ciertas circunstancias, pueden generar dependencia e interferir seriamente con la vida de los afectados.

Las adicciones comportamentales, las relaciones sentimentales y las relaciones sectarias pueden generar comportamientos compulsivos en relación a la conducta, relación amorosa o grupo coercitivo con consecuencias graves, pudiendo afectar a las relaciones familiares y sociales de la persona afectada o sus responsabilidades académicas o laborales. Estos problemas tienden a provocar problemas psicológicos y de salud comórbidos que se acumulan y persisten si no se realiza una intervención psicológica adecuada.

**COMUNICACION 1**

# Protocolo de Intervención Clínica para Miembros, Ex miembros y sus familiares de Grupos de Abuso Psicológico (Sectas Coercitivas)

**Presenta:** *Vega Gonzalez-Bueso*<sup>1,2</sup>

**<sup>1</sup>Atención e Investigación en Socioadicciones (AIS),  
Red de Salud Mental y Adicciones. Generalitat de Catalunya |**

**<sup>2</sup>Institut de Formació Contínua IL3 - Universitat de Barcelona**

La mayoría de autores concluyen definen los Grupos de Abuso Psicológico (GAP) o Sectas Coercitivas, como grupos que utilizan, de manera continuada y sistemática, procesos de captación y mantenimiento, consistentes en la aplicación de presión, control, manipulación y estrategias de coerción para dominar a otras personas y así conseguir su sumisión al grupo.

Parece claro que estas características y prácticas intrínsecas deberían tener consecuencias en la salud mental de sus miembros. Aunque la evidencia disponible sobre estos aspectos psicológicos es escasa y sus resultados necesitan interpretarse con precaución, la demanda de ayuda por problemas psicológicos relacionados es estable a lo largo de los años.

La concordancia en las diferentes guías basadas en la evidencia para el tratamiento de los trastornos relacionados con la pertenencia a Grupos de abuso Psicológico o Sectas Coercitivas, es típicamente baja. Los pacientes con trastornos de este tipo implican características especiales (baja conciencia de la enfermedad y adherencia al tratamiento, baja motivación...), que dificultan el enfoque terapéutico. A veces es difícil o imposible acceder al paciente, y la mayor parte del proceso terapéutico se realiza con la familia u otras personas cercanas.

Nuestro objetivo es presentar un protocolo clínico estandarizado combinando Exit Counselling y Terapia Cognitivo Conductual.

Nuestra formación y experiencia clínica nos ha permitido desarrollar este protocolo y actualmente estamos probando su eficacia a través de la investigación científica. Los resultados preliminares muestran una mejora en la psicopatología asociada, una capacidad de mantener distancia, de elaborar opiniones críticas respecto a sus GAP y de hablar y comprender la manipulación que han recibido.

## COMUNICACIÓN 2

# ¿Es la adicción a la comida un predictor de resultado de tratamiento en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria?

Presenta: *Zaida Agüera*<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL | <sup>2</sup>Universidad de Barcelona |

<sup>3</sup>Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III

El objetivo del estudio fue examinar si la adicción a la comida (AC) se asociaba con una mayor gravedad de los trastornos alimentarios [trastorno por atracón (TA) y bulimia nerviosa (BN)] y, por lo tanto, determinar si la AC podría ser un factor predictor de peor resultado de tratamiento en estos pacientes.

71 pacientes adultas con BN y TA (42 y 29 respectivamente) participaron en el estudio. La adicción a la comida se evaluó mediante la Escala de Adicción a los Alimentos de Yale (YFAS).

Los resultados confirmaron una elevada prevalencia de AC en pacientes con conductas de atracón (alrededor del 87%) y también su asociación con una mayor gravedad del trastorno (es decir, se relacionaba con un incremento de la psicopatología alimentaria y una mayor frecuencia de episodios de atracones). Aunque la AC no aparecía como un predictor de resultado de tratamiento en términos generales, cuando los subtipos diagnósticos se consideraron por separado, la AC se asoció con un peor pronóstico en el grupo de TA. En este sentido, la AC aparecía como un mediador en la relación entre la gravedad del trastorno alimentario y peor resultado al tratamiento.

Nuestros hallazgos sugieren que la AC podría actuar como un indicador de la gravedad del trastorno alimentario y podría actuar como predictor de resultado del tratamiento en pacientes con TA, pero no en aquellas con BN.

### COMUNICACIÓN 3

## Internet Gaming Disorder en Adolescentes: Personalidad, Psicopatología y Evaluación de una Intervención Psicológica combinada con Psicoeducación para Padres

**Presenta:** *Juan José Santamaría*<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>Atención e Investigación en Socioadicciones (AIS), Red de Salud Mental y Adicciones.  
Generalitat de Catalunya**

Internet Gaming Disorder (IGD) es un trastorno en aumento que puede causar serias consecuencias a las personas jóvenes afectadas y a sus familias. Existe una necesidad urgente de mejorar los programas de tratamiento, que se ve obstaculizada por la falta de investigación en esta área. Los objetivos del estudio presentado fueron: analizar los síntomas y los perfiles de personalidad de pacientes jóvenes con IGD en comparación con controles sanos, y comparar la efectividad de dos condiciones de tratamiento diferentes (con o sin un grupo psicoeducativo para padres).

La muestra consistió en 30 pacientes de sexo masculino, consecutivamente admitidos en nuestra unidad, y 30 controles sanos de sexo masculino. Pre- y post- intervención se registraron puntuaciones del Millon Adolescent Personality Inventory, the Symptom Checklist-Revised, the State-Trait Anxiety Index, y criterios diagnósticos para el IGD (DSM 5).

Las puntuaciones en personalidad y psicopatología de los pacientes en comparación con controles sanos, los cambios pre- y post- tratamiento en las puntuaciones de los diversos cuestionarios y las diferencias entre las dos opciones de tratamiento serán discutidas.

Los resultados están basados en una muestra de pacientes que buscaron tratamiento para problemas relacionados con videojuegos a través de Internet, por lo tanto, pueden resultar útiles para personas afectadas por esta problemática y para profesionales que trabajan en este campo.

## COMUNICACIÓN 4

# La implicación de las familias en el proceso de atención del Trastorno del Juego

Presenta: *Amparo del Pino-Gutierrez*<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Barcelona | <sup>2</sup>Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL |

<sup>3</sup>Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III

La angustia es una característica común en el Trastorno del Juego, tanto para la persona diagnosticada como para la familia. Solicitar la colaboración de un familiar en el proceso de recuperación podría ser una herramienta efectiva para mejorar el resultado del tratamiento. Sin embargo, hay poca evidencia empírica disponible sobre la efectividad de incluir a la familia en las intervenciones. El objetivo fue comparar los resultados del tratamiento (es decir, el cumplimiento de las pautas de terapia, el abandono del tratamiento y la recaída durante el tratamiento) en un programa de TCC habitual que involucró a la familia en el grupo experimental. La muestra comprendía pacientes de sexo masculino, con diagnóstico de Trastorno de Juego (N = 675). La intervención de TCC consistió en 16 sesiones grupales ambulatorias semanales, y un período de seguimiento de 3 meses. El familiar del paciente asistió a un número predeterminado de sesiones con el paciente y se le proporcionaron recursos para adquirir una mejor comprensión del trastorno, manejar situaciones de riesgo y ayudar al paciente a cumplir con las pautas de tratamiento. Los pacientes con un familiar involucrado en el tratamiento tuvieron una asistencia a la terapia significativamente mayor, y un abandono menor en comparación con los pacientes del grupo control, que no involucró a la familia en la TCC. Además, los pacientes cuyo cónyuge participó en el programa de tratamiento tenían menos probabilidades de recaer y se adhirieron a las pautas de tratamiento más que aquellos con un familiar no conyugal. Nuestros resultados sugieren que la incorporación del apoyo familiar a las intervenciones para el Trastorno del Juego podría mejorar potencialmente los resultados del tratamiento.

## COMUNICACIÓN 5

# Dependencia Emocional: Abordaje desde una Perspectiva Cognitivo Conductual

**Presenta:** *Elena Montero-Alvarado*<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>Atención e Investigación en Socioadicciones (AIS), Red de Salud Mental y Adicciones.  
Generalitat de Catalunya**

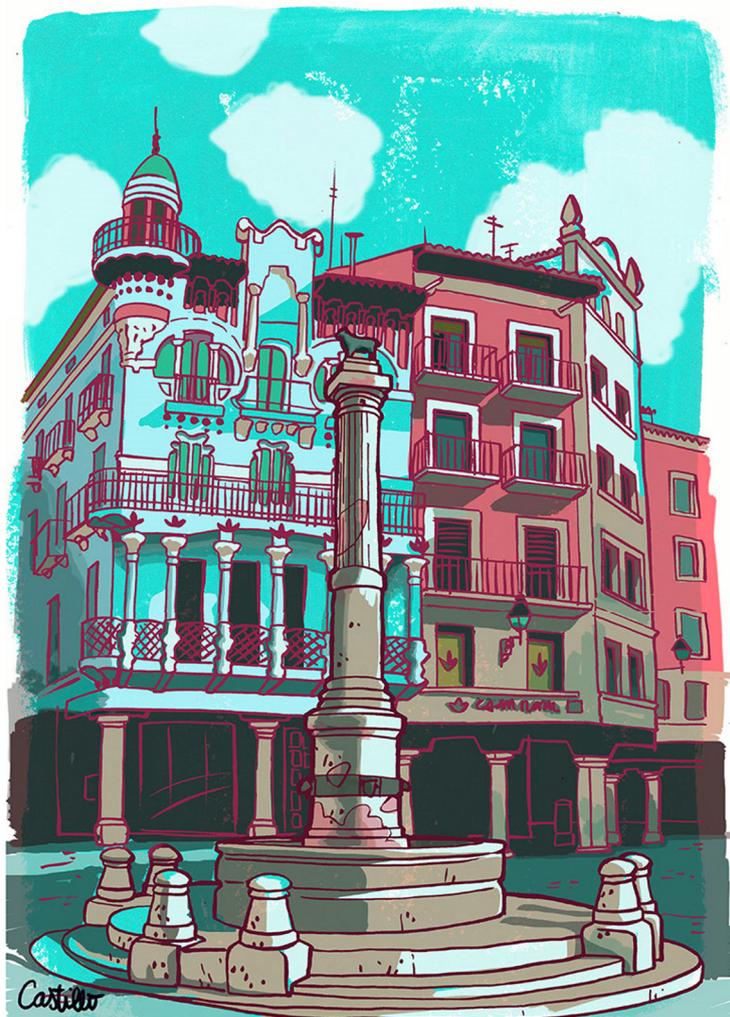
En los últimos años existe un debate sobre si la Dependencia Emocional (DE) constituye un trastorno real y si debería ser por tanto incluido en los diferentes manuales diagnósticos. A nivel clínico las consultas sobre esta problemática. Parece que algunas personas sufren dificultades para mantener relaciones sentimentales sanas, estas les provocan problemas de salud mental y buscan ayuda profesional para resolverlos. Esto sugiere que, en el contexto clínico, la dependencia emocional puede ser vista como un trastorno mental.

Debido a la falta de estudios sobre eficacia de tratamiento en este problema. La elección del tratamiento se ha basado en la investigación previa en otros problemas de adicción sin sustancia, en las recomendaciones de expertos y en los tratamientos de elección para los trastornos y problemas comórbidos.

Las intervenciones que engloban aspectos del propio trastorno (definición, problemas asociados), aspectos de mejora de la autoestima, aspectos de comunicación y reestructuración cognitiva. Han mostrado ser efectivas a la hora de reducir la sintomatología propia y comórbido en diversos trastornos mentales.

Los objetivos de esta presentación son definir la problemática, presentar información sobre los aspectos relacionados con la DE basada en la evidencia, mostrar las intervenciones protocolizadas, y mostrar resultados preliminares de efectividad de este tipo de intervenciones a la hora de reducir la sintomatología propia de la Dependencia emocional y la sintomatología comórbida.

# MESAS REDONDAS



Imágenes cedidas por Elena Castillo

## MESA REDONDA 1: Ética profesional en la práctica clínica

Viernes 25 de octubre de 2019, de 11:30 a 13:10 horas

Coordina: Carmen del Río Sánchez

### Resumen general

En esta mesa, reflexionaremos sobre algunos aspectos ético-deontológicos y legales que preocupan especialmente a quienes desarrollamos la profesión en el ámbito clínico. Habrá dos bloques temáticos diferenciados. En el primero se abordarán algunos aspectos que con los actuales desarrollos éticos y legislativos requieren actualización de los conocimientos y, en algunos casos, quizás, la necesidad de que nos planteemos la modificación en algunas de las pautas que aplicamos en nuestro trabajo cotidiano. Éstos tienen que ver, muy especialmente, con el *consentimiento informado*, la *confidencialidad* y los *derechos de acceso a la historia clínica*, tanto en las intervenciones llevadas a cabo con adultos como con menores. También discutiremos sobre temas que afectan a colegas que trabajan en el ámbito privado y la forma en la que pueden publicitar sus servicios en una época en la cual Internet ha fagocitado cualquier otra forma tradicional de publicidad generando, además, otros problemas desconocidos hasta el momento, por ejemplo, cómo “posicionarse” en Google para ser “vistos” por una posible futura clientela. Finalmente, a partir de un estudio realizado con profesionales del Sistema Sanitario público español, reflexionaremos en torno a la relación profesional y a las técnicas implementadas en el transcurso de una psicoterapia centrándonos en los aspectos éticos que más controversia plantean en este ámbito.

En el segundo bloque se debatirá sobre un tema de interés crucial no sólo en nuestra profesión sino para toda la sociedad: la muerte digna y cómo avanzar en la adecuada definición de los términos relacionados que se utilizan en este contexto y en el necesario desarrollo de orientaciones y prácticas profesionales que contribuyan a hacer de la ayuda profesional en el morir un acto de respeto a los derechos inalienables de la persona.

## COMUNICACIÓN 1

# Elementos éticos básicos en la práctica clínica

*Carmen del Río Sánchez*

**Universidad de Sevilla | Especialista en Psicología Clínica |  
Comisión de Ética y Deontología del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía  
Occidental**

Los nuevos desarrollos legislativos, muy especialmente a partir de la promulgación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica y de las nuevas directrices éticas contenidas en el Meta Código de la Federación Europea de Asociaciones de Psicología (EFPA, 1995, 2005) y en el Modelo de Código aprobado con el objetivo general de promover una mayor convergencia entre las prácticas y los procesos éticos en los distintos países europeos (EFPA, 2015), la práctica clínica ha tenido que adaptarse y asumir esas nuevas disposiciones. No obstante, hay aspectos que aún generan dudas o confusión a distintos profesionales (a tenor de las consultas realizadas a las Comisiones de Ética y Deontología), éstos tienen que ver con el *consentimiento informado* en general, especialmente con el consentimiento por representación, con aspectos relacionados con la *confidencialidad*, con el *derecho de acceso a la Historia Clínica* en adultos y en menores, qué información transmitir cuando somos requeridos judicialmente, etc.

En esta mesa, debatiremos sobre los aspectos más básicos relacionados con esos asuntos intentando armonizar los requerimientos legales con las normas contenidas en los Códigos éticos relevantes.

## COMUNICACIÓN 2

# Publicidad de los servicios psicológicos. Nuevas estrategias

*Inmaculada Torres Pérez*

**Universidad de Sevilla |**

**Comisión de Ética y Deontología del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía  
Occidental**

Los usuarios de cualquier servicio profesional sanitario estar de acuerdo con la afirmación de que se incrementa y propaga la confianza y la credibilidad del anunciante cuando la publicidad es clara, lícita, explícita, veraz, leal y, en definitiva, ética. Para lograrlo, existe una amplia regulación legal y deontológica clara y específica (Ley General de Publicidad, Ley de Colegios Profesionales, Ley de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, los Estatutos Generales del COP, el Código Deontológico del Psicólogo, etc.). Ahora bien, los profesionales de la psicología ¿sabemos cómo publicitar nuestros servicios de acuerdo a dichas directrices ético-legales? Y, sobre todo, ¿sabemos cómo hacerlo de una manera realmente efectiva? En la Nueva Era Tecnológica y Digital, en la que imperan la conectividad total, con las redes sociales, los Big-data, la Inteligencia Artificial, la Nanotecnología, la Bioingeniería, etc., ya no es suficiente utilizar los medios más tradicionales (las clásicas octavillas, las páginas amarillas, etc.). Para llegar al máximo de usuarios, hay que adaptarse con nuevas estrategias a los nuevos medios: *posicionamiento SEO, posicionamiento SEM, podscats, publicidad display, marketing viral, cobranding*, etc.; con la finalidad de llegar también a los nuevos usuarios de la generación de los *Millennials* o *Generación Y*. En definitiva, las nuevas estrategias de la publicidad suponen todo un desafío, especialmente si pretendemos integrar a los métodos tradicionales las exigencias tecnológicas de la segunda década del siglo XXI.

### COMUNICACIÓN 3

## Aspectos éticos en las intervenciones psicoterapéuticas

*Joaquín Pastor Morales*

**Facultativo Especialista en Psicología Clínica HHUU Virgen del Rocío de Sevilla  
(Servicio Andaluz de Salud)**

Las intervenciones psicoterapéuticas no pueden permanecer al margen del debate ético. Partiendo de nuestro estudio (Pastor, 2017) en el que participaron 308 profesionales de salud mental ejercitantes en el sistema sanitario público español, se analizan algunos problemas ético-deontológicos en torno a las psicoterapias referidos a: 1) el uso indebido de las técnicas; 2) el establecimiento de relaciones duales; 3) los sesgos del terapeuta y 4) el manejo adecuado de la relación profesional.

A partir de aquí, se reflexiona en torno a la relación profesional y a las técnicas implementadas en el transcurso de una psicoterapia.

Con respecto a la relación profesional, ésta ha de organizarse en torno a unos límites que clarifiquen los roles que corresponden a terapeuta y paciente, los cuales han de garantizar que junto al interés profesional del terapeuta coexista un desinterés personal que garantice el mantenimiento del primero y, por tanto, la ausencia de relaciones duales. Además, ha de ser una relación colaboradora en la que se respete la idiosincrasia del usuario.

Por su parte, el uso ético de las técnicas implica indefectiblemente que éstas procuren beneficio al paciente, que sean implementadas por profesionales competentes con alto nivel de pericia, así como también que se deriven de un modelo psicológico/psicoterapéutico con bases teóricas y epistemológicas sólidas.

## COMUNICACIÓN 4

# Muerte digna, ética asistencial, y Psicología

*Miguel Anxo García Álvarez*

**Facultativo Especialista en Psicología Clínica Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (Servizo Galego de Saúde)**

El respeto a la dignidad (humana) de toda persona constituye el mínimo exigible en la relación con los demás. La consciencia de su absoluta importancia debiera encontrarse incrementada en quienes tenemos como trabajo la atención, tratamiento y cuidado sanitario de otras personas; más aún cuando estas se encuentran ante estados, decisiones o acontecimientos vitales que, como la muerte, movilizan muy a menudo emociones intensas y difíciles.

Morir con dignidad es una aspiración general, y la actuación para posibilitarla es una de las grandes acciones de todas las profesiones sanitarias.

Paradójicamente el riesgo de muerte indigna se relaciona con intervenciones sanitarias y funcionamientos de instituciones públicas que debieran, por misión y deber legal, proteger los derechos de las personas, y en especial sus derechos humanos fundamentales.

Es necesario precisar los contenidos de los términos (dignidad, muerte digna, y otros relacionados) para dotarnos del lenguaje común que nos permita conocer los desacuerdos, si los hubiera, desvelar las falacias argumentales, y superar las calculadas ambigüedades que mantienen paralizado el progreso social en esta cuestión. También deberemos identificar determinantes objetivos que dificultan la actuación favorable al respeto de la dignidad en el morir, a pesar de la voluntad y las razones bienintencionadas de muchas/os profesionales.

Es preciso vincular las razones defensoras de la *muerte digna* al avance producido en la ética asistencial.

En el ejercicio de la Psicología ha de avanzarse en la definición de las orientaciones y prácticas profesionales que contribuyan a hacer de la ayuda profesional en el morir un acto de respeto a los derechos inalienables de la persona.

## MESA REDONDA 2: Trastornos mentales graves. Tratamiento asertivo

Sábado 26 de octubre de 2019, de 10:30 a 12:00 horas

Coordina: Marta Borrás Álvarez

### Resumen general

En la actualidad está la necesidad de formular un tratamiento integral para enfermos mentales graves y crónicos, así como la reciente tendencia a la intervención fuera del ámbito institucional. Se abandona la exclusividad del tratamiento hospitalario, por una aproximación orientada al ámbito socio-comunitario, buscando activamente la integración social y normalización de estos pacientes. Las características fundamentales que identifican al TAC (tratamiento asertivo comunitario) han sido sintetizadas de la siguiente manera:

- La característica básica y que da nombre a los equipos de TAC, es que éstos son especialmente asertivos, es decir, procuran implicar activamente al usuario en su tratamiento, motivándolo en todo momento.
- Un equipo multidisciplinar, en el cual estén incluidos profesionales sanitarios y sociales.
- Servicios integrados. Dada la naturaleza multidisciplinar del equipo TAC, el servicio que se ofrece posee un carácter holístico, dentro del cual se abordan aspectos tan distintos como el control de la medicación, la conciencia de la enfermedad, el empleo, el ocio o las actividades de la vida diaria.
- Trabajo en equipo, que implica que todos los miembros cooperen en la intervención de todos los usuarios, enriqueciendo la intervención con sus formaciones profesionales específicas.
- Las intervenciones se realizarán, preferentemente, en la comunidad. Ya sea en el domicilio del paciente o en otro tipo de ambientes, siendo uno de los rasgos distintivos del TAC el "tratamiento in vivo".
- Manejo de la Medicación. Dado que los equipos de TAC se crearon en contextos hospitalarios, una de las prioridades que adquirieron fue el entregar la medicación a los pacientes y desarrollar en los mismos las habilidades necesarias para el manejo y consumo responsable de la misma.
- Resalta el trabajo con habilidades y actividades para la vida diaria (AVD) necesarias para vivir en comunidad, tales como el aseo, el vestido, la compra, la cocina, el transporte, etc.
- Rápido acceso. A diferencia de otros servicios, el TAC tiene la virtud de ofrecer rápidamente respuesta a las necesidades múltiples de los usuarios. Además, el servicio está disponible veinticuatro horas al día y siete días a la semana, siendo el contacto frecuente y flexible.
- Los servicios son individualizados, tornándose fundamental una primera evaluación de las necesidades y capacidades del usuario, que permita diseñar un plan individual de actuación que integre una serie de objetivos basados en las mismas.
- Trabajo con las familias, que implica la psicoeducación y el apoyo cuando se considere oportuno.
- Brindar asesoría laboral, ayudando a los usuarios a encontrar y mantener su trabajo.

## COMUNICACIONES

### **Ana Belén Marco Muñoz**

Psicóloga Sanitaria por la Universidad de Valencia

Psicóloga en la actualidad de la Asociación Salud Mental Teruel (ASAPME TERUEL)

Presidenta de la Asociación Salud Mental Teruel (ASAPME TERUEL)

### **M<sup>a</sup> Carmen Rueda**

Psicóloga clínica, ejerce su profesión desde 1986 en el C.R.P "San Juan de Dios" de Teruel en la Unidad de Larga Estancia

Su trabajo ha estado centrado en el Trastorno Mental Grave incluso cuando prestó sus servicios en la Facultad de Psicología de Teruel

### **Pilar Porcar Ferrer**

Licenciada en Sociología y Diplomada en Trabajo Social con una experiencia de veinte años en servicios Sociales comunitarios

En la actualidad es Directora en el Centro de Servicios Sociales de la Comarca Gudar Javalambre

### **Concha Fernández Milian**

Médico Especialista en Psiquiatría

Psiquiatra en Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil, Servicio Aragonés de Salud, desde 2003

Escritora. Autora de la novela "Más allá de la puerta blindada". Mira Editores, 2018

### **Blanca Gómez Chagoyen**

Licenciada en Medicina en la Universidad de Zaragoza, especialista en Psiquiatría

Actualmente trabajando en las Unidades de Larga estancia y psicogeriatría del CRP San Juan de Dios de Teruel

## MESA REDONDA 3: Wanted: urge la especialidad de psicología clínica de la infancia y adolescencia

Sábado 26 de octubre de 2019, de 12:30 a 14:00 horas

Coordina: Amparo Belloch Fuster

### Resumen general

Los cambios sociales relacionados con la infancia y la adolescencia y el cuidado de su salud, están incidiendo en la atención que se presta a este grupo de población. Desde hace varios años, el aumento de la demanda en las consultas de pediatría de Atención Primaria por dificultades relacionadas con el desarrollo conductual y emocional de los menores y, a su vez, la derivación a los dispositivos especializados de salud mental, es una realidad palpable. Según la OMS (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>) "los trastornos del comportamiento infantil son la sexta causa principal de carga de enfermedad entre los adolescentes" e insta, en su plan de Salud 2013-2020, a que "los niños y adolescentes con trastornos mentales deben ser objeto de intervenciones tempranas científicamente contrastadas, de carácter no farmacológico, evitando la hospitalización y la medicalización". En la realidad diaria asistencial de nuestro sistema sanitario público, son los psicólogos clínicos los principales profesionales responsables de los tratamientos no farmacológicos para esta población tan delicada; para su abordaje, se requieren no solo profesionales con los conocimientos y habilidades específicos para operar con eficacia con los niños, los adolescentes y sus familias, sino también una organización de los servicios públicos de salud acorde con las características de este grupo de población. Es por ello que, desde hace años, somos muchos los profesionales que, desde diferentes asociaciones científico-profesionales, venimos reclamando la creación de una especialidad de psicología clínica de la infancia y adolescencia, y la AEPCP forma parte de ese colectivo. Esta mesa, que representa los intereses y necesidades de la AEPCP, tiene pues como objetivo principal analizar y presentar nuestras propuestas, como sociedad científico-profesional, sobre la necesidad urgente de la creación de una especialidad de psicología clínica de la infancia y la adolescencia.

## COMUNICACIONES

### Sufrimiento y experiencias traumáticas en la infancia y adolescencia

*Concha López Soler*

**Dra. en Psicología, Especialista en Psicología Clínica, Prof. Titular de la Universidad de Murcia, con Plaza Clínica Vinculada al Servicio Pediatría en el Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)**

### Mapa actual de la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia en el Sistema Público de Salud

*Isabel Cuéllar Flores*

**Facultativo Especialista en Psicología Clínica, Servicio de Pediatría-Neonatología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid**

### Razones para una especialidad de Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia

*Diego Padilla Torres*

**Facultativo Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda**

### Propuestas para un itinerario formativo de la especialidad de psicología clínica de la infancia y adolescencia

*Alma Martínez de Salazar Arboleas*

**Dra. en Psicología. Facultativo Especialista en Psicología Clínica, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del H.U. Torrecárdenas de Almería. Vicepresidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica**

# COMUNICACIONES



Imágenes cedidas por Elena Castillo

## MESA COMUNICACIONES 1

# C1. Abordaje de la salud mental en la atención primaria. Un estudio piloto

**Presenta:** *Fernando Villalba-Yuste<sup>1</sup>*

*Amaya Carceller Tejedor<sup>1</sup>*

*Laura Calvera Fandos<sup>1</sup>*

*Alicia Giménez Zorraquino<sup>1</sup>*

*Ines Susin Arregui<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Especialistas en Psicología Clínica (PIR)**

**Introducción:** Cada día se aprecia más la necesidad de la incorporación de la figura del Psicólogo Clínico a la atención primaria, sobre todo debido al gran costo de la atención especializada, el incremento en el uso de medicamentos psicoactivos y los costes relacionados con el absentismo laboral. **Método:** Se ha realizado un estudio piloto para probar la eficacia de un programa grupal basado en el Protocolo Unificado de Barlow (Barlow, 2015). Para ello se han seleccionado 24 pacientes mayores de edad con trastornos emocionales de carácter leve-moderado de dos centros de salud de la ciudad de Huesca. **Resultados:** Los resultados indican que el tratamiento grupal basado en el protocolo de Barlow es eficaz en la disminución del malestar emocional de estos pacientes.

**Palabras clave:** Atención Primaria, Psicología Clínica, Trastornos Adaptativos, Protocolo Unificado y Tratamiento Transdiagnóstico.

## C.2 Terapia Estratégica Breve con componentes conductuales como tratamiento de los síntomas psicóticos inducidos por consumo de sustancias

**Presenta:** *Lucas Narambuena<sup>1</sup>*

*Sandro García Pla<sup>1</sup>*

*Domingo García Madrid<sup>1</sup>*

*Xènia Fernández Álvaro<sup>1</sup>*

*José Alberto Moreno González<sup>1</sup>*

*María del Mar Caballero Sánchez<sup>1</sup>*

*Marta García Martínez-Lozano<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital Vega Baja**

**Introducción:** El consumo de cocaína puede favorecer la aparición de síntomas psicóticos, siendo el más frecuente la paranoia transitoria, y en menor medida las alucinaciones visuales o táctiles. En pacientes vulnerables el consumo puede desencadenar la aparición de psicosis y complica la evolución de este tipo de cuadros. precipitando más recaídas y peor respuesta farmacológica. **Método:** Se presenta el caso de un paciente varón de 33 años con diagnósticos de trastorno por abuso de cocaína, trastorno psicótico con delirios inducido por drogas y alucinosis inducida por drogas. Se describe el tratamiento multidisciplinar de la Unidad de Conductas Adictivas y Salud Mental de Orihuela. **Resultados:** El paciente inició tratamiento en nuestra Unidad a los 23 años tras presentar sintomatología psicótica (alucinaciones liliputienses y visuales elementales) inicialmente reactiva al consumo de cocaína que posteriormente evolucionó hacia la cronificación de los síntomas psicóticos en ausencia de consumo. La persistencia de los síntomas interfiere en su funcionamiento social y laboral, generando un alto grado de angustia y ánimo bajo, con ideación autolítica en momentos de mayor estrés. El abordaje psicológico consistió en entrenamiento atencional, exposiciones programadas y prescripciones paradójicas, en el marco de una terapia estratégica breve con componentes conductuales. Se lograron resultados positivos, con mejoras en la integración social y adaptación laboral, así como disminución de los episodios de alucinosis. **Discusión:** Del caso se desprende la adecuación de la terapia estratégica breve con componentes conductuales, en el marco de una actuación multidisciplinar integrada, para el manejo de alucinosis persistente inducida por sustancias.

## C.3 Eficacia de un Tratamiento Grupal Cognitivo-Conductual en Atención Primaria

**Presenta:** *Daniela Echenique Álvarez<sup>1</sup>*

*Inmaculada Lara Espejo<sup>1</sup>*

*Emma Torrenova Sanz<sup>1</sup>*

*Raquel Coves Guillén<sup>1</sup>*

*María Vizcarro<sup>1</sup>*

*Encarnación Gonzalez Herrero<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Residente de Psicología Clínica en Hospital General Universitario de Elche**

**Introducción:** el objetivo del presente estudio es comprobar la eficacia de la intervención psicológica grupal realizada desde el servicio de psicología clínica de atención primaria, destinada a disminuir la sintomatología ansiosa siguiendo un modelo transdiagnóstico. **Método:** se utilizó un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas. La muestra estuvo conformada por un total de 100 pacientes (mujeres=64 y hombres=36) derivados por psicología clínica y medicina de atención primaria. Se realizó un tratamiento grupal cognitivo-conductual de 4 sesiones de duración (frecuencia semanal), conformada por los siguientes módulos: psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad y gestión del tiempo. La evaluación de los pacientes se realizó a través del cuestionario *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Short Form A* (CORE-SFA) antes y después del tratamiento. Los datos del estudio fueron recabados entre enero 2017 y julio 2019 (N= 100). **Resultados:** se realizó un contraste de medias mediante una prueba t de medidas repetidas. Se evidenció una disminución estadísticamente significativa de la sintomatología ansiosa después de la aplicación del tratamiento ( $p < .05$ ). También se encontró una mejoría significativa en todas las dimensiones medidas por el cuestionario (bienestar subjetivo, problemas/síntomas, funcionamiento general), excepto la variable de riesgo. **Conclusiones:** a partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar que la intervención grupal cognitiva-conductual aplicada por psicología clínica en atención primaria resultó eficaz para el tratamiento de la sintomatología ansiosa. Esto demuestra la importancia de realizar programas de intervención temprana que ayuden a prevenir la cronicidad de la sintomatología.

## C.4 Paciente suicida e intervención clínica: ¿hacemos todo lo posible?

**Presenta:** *Alicia Martínez Gimenez*<sup>1</sup>

*Paola Sandoval García*<sup>2</sup>

*Noelia Guallar Troncho*<sup>1</sup>

*Miguel Pérez Caraso*<sup>2</sup>

*Ana Robles Egea*<sup>1</sup>

*Sonia Riveiro Villar*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PIR Hospital Universitario de Álava | <sup>2</sup>MIR psiquiatría Hospital Universitari de Álava

**Introducción:** El suicidio es la primera causa de muerte externa en España, 3679 suicidios (INE, 2017). Aunque la etiología es multifactorial, en el 90-95% existe psicopatología. En este trabajo profundizamos en el conocimiento de las características de los intentos autolíticos. **Método:** Es un estudio descriptivo retrospectivo, a partir de la revisión de la historia clínica de 72 personas atendidas en Urgencias del HUA por intento de autólisis en el periodo junio 2018-marzo 2019. Hemos analizado los diagnósticos, el tipo de seguimiento (Salud Mental o Atención Primaria) y los días transcurridos desde la última consulta. **Resultados:** El trastorno adaptativo fue el diagnóstico más frecuente (50%), seguido de los trastornos de personalidad (20%) y trastornos afectivos (12,5%). Del seguimiento, el 37,5% no recibían atención especializada, el 51,4% acudían a Psiquiatría, y el 2,8% con Psicología. Hallamos una latencia de 27 días desde la última visita en SM y 45 en AP. **Discusión:** La cohorte estudiada es de intentos autolíticos, y no suicidios consumados, que son fenomenológicamente distintos. La mayor frecuencia en trastornos adaptativos, respecto a patologías más graves, nos lleva pensar en la creciente dificultad para procesar eventos vitales negativos, manejándolos con conductas parasuicidas. Resaltar el elevado porcentaje de pacientes sin contacto previo con SM y el minúsculo porcentaje que recibe atención psicológica. Para mejorar la prevención de las conductas suicidas es necesario mejorar el acceso a los recursos sanitarios a la población general. Un ejemplo de ello, serían los dispositivos de Psicología Clínica en AP.

## C.5 Tratamiento de los trastornos adaptativos: TCC cara a cara versus administrada a través de Internet

**Presenta:** *Soledad Quero*<sup>1</sup>

*Iryna Rachyla*<sup>1</sup>

*Mar Molés*<sup>1</sup>

*Amanda Díaz-García*<sup>1</sup>

*Sonia Mor*<sup>1</sup>

*Cristina Botella*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>**Universitat Jaume I**

**Introducción:** La terapia cognitivo-comportamental basada en internet (TCCI) ha mostrado eficacia para tratar diversos trastornos psiquiátricos, sugiriendo algunos trabajos incluso efectos comparables con los encontrados en la TCC administrada cara a cara (TCC). Ningún estudio ha explorado esta equivalencia para los trastornos adaptativos (TA). En este estudio se compara la eficacia de la TCCI con la TCC cara a cara para el tratamiento de los TA. **Método:** Se analizaron datos de 62 pacientes. El grupo cara a cara (n=28) recibió 6-8 sesiones (90 min) semanales de TCC con realidad virtual. El otro grupo (n=34) accedió a un programa TCCI de 7 módulos con apoyo semanal (llamada telefónica de 10 min.). Se evaluaron síntomas de depresión y TA, afecto positivo y negativo, y crecimiento postraumático en el pre-, post-tratamiento y a los 3 meses. **Resultados:** Tras el tratamiento, ambos grupos mostraron mejoría significativa en todas las medidas, manteniéndose a los 3 meses (en el grupo TCCI se produjo una reducción adicional en síntomas de TA y afecto negativo). La TCC cara a cara produjo una mejoría mayor en depresión y afecto negativo en el post, desapareciendo estas diferencias en el seguimiento. **Discusión:** Los efectos de la TCCI pueden ser similares a los logrados con TCC cara a cara, pero con una diferencia sustancial en el tiempo requerido por el clínico. La TCCI puede ofrecer una alternativa o complemento a la TCC aplicada de forma tradicional potencialmente costo-efectiva, además de mejorar claramente la diseminación de los tratamientos basados en la evidencia para los TA.

## MESA COMUNICACIONES 2

### C.1 Abordaje multidisciplinar del anciano: El psicólogo clínico en geriatría

**Presenta:** *Alicia Gimenez Zorraquino*<sup>1</sup>

*Fernando Villalba Yuste*<sup>2</sup>

*Inés Susín Arregui*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ernest Lluch de Calatayud | <sup>2</sup>Hospital Obispo Polanco

**Introducción:** La figura del Psicólogo Clínico ha estado ausente en muchos ámbitos, especialmente en las unidades donde no se aborda la salud mental como elemento prioritario. La inclusión de este profesional en el Hospital San José de Teruel ha permitido realizar una intervención a través del transdiagnóstico al ámbito de la geriatría que implica una novedad en Aragón. Nuestro objetivo es exponer la labor que se ha realizado para crear una nueva Unidad de Psicología Clínica en un servicio de Geriatría y explicar el modelo que se ha seguido, las intervenciones realizadas y los resultados alcanzados en su primer año de funcionamiento.

**Método:** Se sigue una metodología descriptiva, desde la exposición de los trastornos abordados, las intervenciones realizadas, incluidas dentro de un modelo Transteórico y los procedimientos utilizados para el diagnóstico diferencial de patologías severas, como diferentes tipos de demencia, deterioro cognitivo general, patología psiquiátrica concomitante y demás trastornos del anciano.

**Resultados:** Se exponen los resultados relacionados con un año de funcionamiento. Se observa una mejor adherencia terapéutica tanto al tratamiento geriátrico como al psicológico, mayor nivel de satisfacción con el servicio, así como mejoría general del estado de salud.

**Discusión:** La inclusión del Psicólogo Clínico en unidades pertenecientes a otras especialidades es fundamental para un abordaje multidisciplinar y para realizar una intervención más completa haya donde el tratamiento médico solo aborda el mundo biológico del individuo. Especialmente en el ámbito del anciano.

## C.2 Tratamiento biopsicosocial en cuidados paliativos: el abordaje de las necesidades del paciente terminal

**Presenta:** *Alicia Gimenez Zorraquino*<sup>1</sup>

*Fernando Villalba Yuste*<sup>2</sup>

*Inés Susín Arregui*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ernest Lluch de Calatayud| <sup>2</sup>Hospital Obispo Polanco

**Introducción:** La intervención del Psicólogo Clínico en Cuidados Paliativos es parte de un acercamiento transteórico al sufrimiento humano. El Psicólogo realiza una intervención tanto dirigida al paciente, como a la familia y al profesional permitiendo un abordaje de todo el sistema implicado en la atención. Nuestros objetivos son: Exponer el modelo actual de tratamiento psicológico con los procedimientos seguidos en una Unidad de Cuidados Paliativos; mejorar el abordaje del paciente y su familia a través del tratamiento psicológico aproximándonos tanto al abordaje espiritual y psicológico como a todas aquellas dificultades de la familia que perpetúan el sufrimiento; responder a la demanda profesional de apoyo psicológico ante situaciones de toma de decisiones difíciles y malestar emocional intenso.

**Método:** Exponemos descriptivamente el abordaje terapéutico en Cuidados paliativos y la valoración final de la inclusión de la figura del Psicológico en esta Unidad con atención a pacientes terminales y equipo profesional dedicado a este ámbito. **Resultados:** Observamos una mejoría del malestar emocional del paciente, la familia y del profesional ante la muerte. La familia percibe mayor apoyo, humanidad y menos angustia cuando se le permite expresar su malestar y resolver dudas. El paciente tiene un espacio para hablar sobre aquello que le da miedo al enfrentarse a la muerte y resolver conflictos antes de su fallecimiento. **Discusión:** El tratamiento psicológico mejora el malestar emocional del paciente terminal y su familia en la situación más difícil del proceso de vida del ser humano.

## C.3 Intervención grupal y estimulación cognitiva del anciano a nivel ambulatorio

**Presenta:** *Alicia Gimenez Zorraquino*<sup>1</sup>

*Fernando Villalba Yuste*<sup>2</sup>

*Inés Susín Arregui*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ernest Lluch de Calatayud | <sup>2</sup>Hospital Obispo Polanco

**Introducción:** Actualmente la mayor longevidad del ser humano está creando problemas nuevos en la sociedad occidental, como por ejemplo el aumento de la prevalencia de diversas enfermedades neurodegenerativas, así como un aumento general de deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo leve incluso se ha llegado a normalizar como un proceso natural del envejecimiento sin llegar a intervenir en él desde una aproximación neuropsicológica. El trabajo en grupos indica que éste mejora con la intervención adecuada. Nuestros objetivos son exponer el trabajo en grupo de pacientes con deterioro cognitivo leve en Geriátrica; exponer los resultados de una intervención grupal semanal e intensiva y durante meses en pacientes que nunca habían recibido estimulación cognitiva antes. **Método:** Se ha procedido a una intervención grupal trimestral de 2 horas semanales en pacientes mayores de 65 años diagnosticados de deterioro cognitivo. Se ha realizado una evaluación psicológica y neuropsicológica pre-post a través de una batería de pruebas estandarizadas. Entre ellas batería neuropsicológica CAMDEX y MINI MENTAL para diagnosticar deterioro cognitivo leve o demencia. Se realiza una intervención estandarizada de estimulación cognitiva a través de un sistema de fichas denominado CORTEX. Además, añadimos módulos de musicoterapia, manualidades y terapia narrativa. **Resultados:** Observamos una mejoría significativa en puntuaciones en el Mini mental, así como una mejoría del funcionamiento en estos pacientes a todos los niveles. **Discusión:** El trabajo en grupo con pacientes ancianos mejora significativamente el deterioro cognitivo progresivo y permite una mayor calidad de vida y funcionamiento general.

## C.4 Eficacia comparativa de la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness en el tratamiento del dolor crónico

*Estela María Pardos Gascón<sup>1</sup>*

**Presenta:** *Lucas Narambuena<sup>1</sup>*

*Xènia Fernández Alvaro<sup>1</sup>*

*Sandro García Pla<sup>1</sup>*

*Domingo Madrid García<sup>1</sup>*

*Carlos Van-der-Hostadt Román<sup>2</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital Marina Baixa | <sup>2</sup>Hospital General Universitario de Alicante**

**Introducción:** La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha erigido como el tratamiento de elección en dolor crónico y la evidencia a su favor es extensa. Sin embargo, se sabe poco acerca de sus mecanismos de funcionamiento, y es necesario determinar más específicamente para quiénes es más adecuado este tratamiento para poder optimizar sus programas. Por otro lado, la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM) ha cobrado, en los últimos años, un creciente interés por parte de la comunidad científica debido a su solidez teórica y su basamento empírico. La evidencia de eficacia de este abordaje está creciendo exponencialmente, incluyendo el tratamiento del dolor crónico, para el cual se propone como alternativa viable a la TCC como tratamiento de elección. **Método:** Con el objetivo de explorar la eficacia comparativa de ambos abordajes, se llevó a cabo un diseño cuasiexperimental sin grupo control con medias pre y post tratamiento en una muestra (N=29) formada por 23 mujeres y 6 hombres, con edades entre los 40 y los 59 años (M=52,5; dt=7,74) de la Unidad de Dolor Crónico del Hospital General Universitario de Alicante. **Resultados:** Se encontraron resultados significativos en favor del programa de TCBM en la disminución de la valoración subjetiva del dolor, sintomatología ansioso-depresiva, alteraciones del sueño, autoeficacia, actitud Mindfulness y aceptación del dolor. No se encontraron diferencias significativas en salud percibida. **Discusión:** El estudio arroja resultados preliminares prometedores, si bien cuenta con la limitación de ser una muestra aún pequeña, cuyas conclusiones requerirían estudios más exhaustivos.

## C.5 Aportaciones de la Psicología Clínica a la comprensión y el apoyo de las personas con miembros amputados

**Presenta:** *Diego Carracedo Sanchidrián*<sup>1</sup>

*Jesús Martí Esquitino*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>**Hospital La Paz, IdiPaz, Madrid**

**Introducción:** La amputación de miembros tiene una prevalencia del 1,2-4,4 por 10.000, de las cuales el 90% son de miembro inferior. Durante el primer año el 30% de estas personas presenta trastorno adaptativo, el 10% trastorno depresivo y el 3% trastornos de ansiedad. El objetivo de nuestro estudio es revisar los aspectos psicológicos implicados en el afrontamiento de la amputación de un miembro y qué aportaciones se pueden hacer desde la Psicología Clínica. **Método:** Revisión de la literatura científica en español e inglés indexada en PubMed publicada en los últimos 10 años. **Resultados:** En muchos casos la persona es capaz de sobreponerse a esta compleja situación, no son pocas aquellas que necesitan apoyo psicológico. Se encuentran como factores de mal pronóstico la edad (a menor edad peor ajuste), la presencia de dolor (o dolor fantasma), la presencia de arrebatos de ira, el consumo de sustancias, insomnio, aumento de peso, incapacidad laboral y aislamiento. **Discusión:** Las intervenciones clínicas más útiles son la Terapia Cognitivo Conductual. Mindfulness y EMDR. Como intervenciones concretas, han mostrado su utilidad la relajación, el ejercicio físico, promoción del autocuidado, favorecer el apoyo social y el trabajo en la aceptación. La presencia de factores de riesgo como edad joven o presencia de dolor aumenta el riesgo de aparición de trastornos mentales en personas que han sufrido la amputación de un miembro. Existen intervenciones psicoterapéuticas útiles para el manejo de esta situación. Limitaciones: En este trabajo no se ha revisado el ajuste psicológico a largo plazo de estas personas.

## MESA COMUNICACIONES 3

# C.1 Proyecto de investigación BASE&D. Apego, trauma y psicopatología. Primeros Resultados

**Presenta:** *Raúl Cuesta Arenas*<sup>1</sup>

**1**Psicólogo Interno Residente, Hospital 12 de Octubre, Madrid

**Introducción:** Los estilos de vinculación infantiles y el trauma infantil influyen en la psicopatología adulta. Nuestro objetivo es presentar los primeros resultados de una investigación cuyo objeto es el estilo de apego adulto, la vivencia de experiencias traumáticas en la infancia y su asociación con la presencia de psicopatología en la adultez en una muestra de salud mental. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal. La muestra cuenta con 70 sujetos, pacientes de salud mental, seleccionados de manera no aleatoria. Se utilizaron cuatro cuestionarios para explorar los estilos de apego, un cuestionario sociodemográfico y un cuestionario ad-hoc para recoger el trauma infantil. Se empleó el cuestionario MMPI-2Rf y una medida subjetiva del profesional de referencia para recoger la psicopatología. **Resultados:** la distribución de los estilos de apego de la muestra es francamente diferente a la que se encuentra en población no-clínica. Los estilos de apego aparecen asociados significativamente ( $p < .05$ ) a algunas medidas de psicopatología como la “desesperanza”, el “psicoticismo”, la “alteración del pensamiento”, “la emocionalidad negativa”, etc... Diferentes tipos de trauma aparecen asociados significativamente ( $p < .05$ ) y de manera particular a diversas medidas psicopatológicas en la adultez. **Discusión:** El estilo de apego con el que una persona se vincula y las consecuencias de experiencias traumáticas vividas y sufridas en la infancia se extienden más allá de esta etapa. Es necesario cuidar el estilo de apego que fomentan aquellos que cumplen con el rol parental, tanto como es importante proteger a los menores de ciertos eventos traumáticos (susceptibles de facilitar el desarrollo de psicopatología).

## C.2 Factores socioeconómicos y macroeconómicos en la Depresión en España. Análisis de los Resultados de la European Social Survey antes y durante la crisis económica

**Presenta:** *Tamara Castellanos Villaverde*<sup>1</sup>

*Anna vintitckaia*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>**Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Madrid, Spain**

**Introducción:** La depresión es un problema de salud mental común y conlleva un grado elevado de discapacidad. Diversos factores socioeconómicos se asocian a la epidemiología de la depresión. El presente estudio examina el nivel de depresión en España, antes y después de la crisis económica de 2008, para grupos socioeconómicos de riesgo, analizando si existe un incremento asociado en la desigualdad en salud mental. **Método:** Se analizaron las muestras españolas en 2007 (n=1876) y 2013 (n=1889), de la encuesta comunitaria European Social Survey. Las medidas utilizadas fueron: Cuestionario epidemiológico Depresión (Raldolf,1977) versión-8 ítems, edad, género, nivel económico, estatus laboral y nivel educativo. Se realizaron pruebas estadísticas de diferencia de medias y análisis de varianza. **Resultados:** Se observa un incremento significativo del nivel de depresión en Ronda6 [IC99%:-0.94 a -0.20]. Los grupos sociodemográficos con mayor riesgo, muestran mayores niveles de depresión en ambos periodos, aunque no muestran un incremento significativo durante la crisis económica. Los subgrupos de no riesgo sí que aumentan significativamente sus niveles de depresión en dicho periodo. Se incrementaron las desigualdades entre los grupos de las variables estatus laboral, nivel económico y nivel educativo. **Discusión:** Los resultados muestran incrementos significativos en el nivel de depresión y mayor desigualdad entre los grupos socioeconómicos durante la crisis económica. Este aumento ha sido asociado con la inestabilidad laboral y desigualdad económica, patentes en nuestra sociedad en el momento actual. Resulta fundamental considerar la repercusión de los factores socioeconómicos y macroeconómicos en la salud mental de la población para la práctica clínica y la política sanitaria.

## C.3 La expresión transcultural y naturaleza transdiagnóstica de las intrusiones Mentales

**Presenta:** *Belén Pascual-Vera*<sup>1</sup>

*Amparo Belloch*<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia, España. Unidad de Investigación y Tratamientos de Obsesiones y Compulsiones, I'TOC**

**Introducción:** Las intrusiones mentales no deseadas (IM), clásicamente estudiadas en relación con el trastorno obsesivo-compulsivo, tienen una prevalencia elevada independientemente de la nacionalidad, religión, y/o el contexto cultural. También es habitual experimentar IM sobre contenidos relacionados con el Trastorno Dismórfico Corporal, la Ansiedad por la Enfermedad/Hipocondría y los Trastornos Alimentarios. Sin embargo, la influencia de la cultura sobre estas IM y su naturaleza transdiagnóstica no se han investigado. **Método:** 1.473 estudiantes universitarios y participantes comunitarios ( $M_{\text{edad}}=28,09$ ,  $DT=11,24$ ; 74% mujeres) de siete países de Europa, Asia y Latinoamérica, completaron el *Inventario de Pensamientos Intrusos Desagradables*(INPIDES), que evalúa la ocurrencia y malestar asociados a las intrusiones obsesivas, dismórficas, hipocondriacas y alimentarias. **Resultados:** El 64% ( $n=945$ ) de la muestra experimentó todas las intrusiones y solo el 5% ( $n=75$ ) tuvo un tipo de intrusión. Las comparaciones entre países revelaron tanto similitudes como diferencias en la frecuencia y molestia con la que se experimentaron las cuatro intrusiones. En general, los participantes iraníes y turcos tuvieron una mayor frecuencia de todas las intrusiones y los españoles y portugueses experimentaron una mayor molestia, mientras que los italianos, israelíes y argentinos experimentaron una frecuencia y molestia menor ante todas las IM. En todos los países, las cuatro intrusiones mantuvieron relaciones entre sí, tanto en frecuencia ( $r$  rango de 0,546 a 0,371; todas  $p \leq .01$ ) como en molestia ( $r$  rango de 0,551 a 0,348; todas  $p \leq .01$ ). **Discusión:** Las IM son fenómenos universales y normativos en diferentes contextos culturales y operan de modo transdiagnóstico en trastornos clínicamente distintos.

## C.4 Trastornos externalizantes e internalizantes: variables relacionadas con la conducta suicida de pacientes en régimen de hospitalización parcial de la provincia de Castellón

**Presenta:** *Carlos García Montoliu*<sup>1</sup>

*Rafael Bernal Mohedano*<sup>1</sup>

*Carla Ramos Vidal*<sup>1,2</sup>

*Matilde Espinosa Mata*<sup>1,2</sup>

*Matías Real López*<sup>1,2</sup>

*Estefanía Ruiz Palomino*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitat Jaume I <sup>2</sup>Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

**Introducción:** El suicidio causa el 15% de las muertes de jóvenes de entre 15 y 29 años de edad. Existe relación entre ideación y tentativa suicida y presencia de trastornos psiquiátricos. El objetivo del presente trabajo es analizar la asociación entre la tipología del trastorno y las conductas de riesgo asociadas al suicidio. **Método:** Se administró a 86 pacientes de entre 12 y 17 años del Hospital de Día Infanto-Juvenil de Castellón, el MACI (Millon, 1993) y la entrevista clínica de ingreso. **Resultados:** El 41,90% de los pacientes tenía tendencia suicida, el 33,70% se había autolesionado y el 23,30% presentaba intentos autolíticos. La tendencia suicida se asoció de manera estadísticamente significativa con los trastornos externalizantes ( $p=0,037$ ). Por otra parte, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre autolesiones y trastornos mixtos ( $p\leq 0,001$ ) e internalizantes ( $p\leq 0,001$ ). Los intentos autolíticos se relacionaron de manera estadísticamente significativa con los tres tipos de trastornos: mixtos ( $p=0,022$ ), internalizantes ( $p=0,008$ ) y externalizantes ( $p=0,008$ ). El 75,90% de los adolescentes con autolesiones y el 75% con intentos autolíticos tenían trastornos ansiosos/depresivos. **Discusión:** Los problemas graves de salud mental se relacionan con conductas autopunitivas y asociadas al suicidio, en concreto, los trastornos internalizantes son los que presentan una mayor comorbilidad con este tipo de conductas. La exploración de esta problemática debe ser un aspecto relevante en la evaluación diagnóstica y el abordaje psicoterapéutico de este tipo de pacientes, dotándoles de estrategias psicológicas que actúen como factores protectores.

## MESA COMUNICACIONES 4

### C.1 Validación del cuestionario de Control de la Ansiedad-Revisado (ACQ-R) en una muestra de mujeres embarazadas

**Presenta:** *Verónica Martínez-Borba*<sup>1</sup>

*Carlos Suso-Ribera*<sup>1</sup>

*Violeta Martínez*<sup>2</sup>

*Cristina Acuses*<sup>2</sup>

*Jorge Osma*<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Universitat Jaume I | <sup>2</sup>Universidad de Zaragoza | <sup>3</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón

**Introducción:** los trastornos de ansiedad son frecuentes durante el embarazo. Puesto que la percepción de control de la ansiedad es uno de los factores clave en el desarrollo de trastornos emocionales, el objetivo de este estudio es validar el Cuestionario de Control de la Ansiedad-Revisado (ACQ-R) en una muestra de mujeres embarazadas. **Método:** se administraron cuestionarios de ansiedad, calidad de vida y control de ansiedad mediante una página web a 275 mujeres españolas (93.4%) entre la semana 16-36 de gestación (edad media=32.96; DT=4.28). **Resultados:** se realizó un análisis factorial confirmatorio del ACQ-R, replicando la estructura de tres factores de Brown (control emocional, control amenaza y control del estrés). El CFA mostró un ajuste aceptable ( $\chi^2=194.88$ ,  $df=87$ ,  $p<.001$ , RMSEA=0.067, 90% CI=0.055–0.080, CFI=0.874, TLI=0.847). No obstante, el programa estadístico recomendó cambiar el ítem 15 del factor emocional al del estrés. Tras este cambio, el ajuste del modelo mejoró ( $\chi^2=179.51$ ,  $df=87$ ,  $p<.001$ , RMSEA=0.062, 90% CI=0.049–0.075, CFI=0.892, TLI=0.869) y los tres factores presentaron una buena consistencia interna ( $.69\leq\alpha\leq.77$ ). La correlación entre la puntuación de los tres factores del ACQ-R con las escalas de ansiedad y calidad de vida fueron las esperadas ( $-.48\leq r\leq-.65$ ;  $p<.001$  y  $.15\leq r\leq.35$ ;  $p<.050$ , respectivamente). **Discusión:** en la etapa prenatal necesitamos herramientas que nos permitan detectar situaciones de riesgo para el desarrollo de alteraciones emocionales. El ACQ-R ha demostrado ser una herramienta útil, que evalúa rápidamente el uso de estrategias de regulación de la ansiedad durante el embarazo, lo que puede ser útil para valorar la eficacia de los tratamientos.

## C.2 Comunalidad disfuncional en el espectro ansioso-depresivo: Escala de Actitudes Disfuncionales (EAD)

**Presenta:** *Domingo Madrid García*<sup>1</sup>

*Lucas Narambuena*<sup>1</sup>

*Sandro García Pla*<sup>1</sup>

*Xènia Fernández Álvaro*<sup>1</sup>

*José Alberto Moreno González*<sup>1</sup>

*María del Mar Caballero Sánchez*<sup>1</sup>

*Marta García Martínez-Lozano*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>**Hospital Vega Baja**

**Introducción:** La Escala de Actitudes Disfuncionales (EAD) es un instrumento de auto-informe elaborado por Weissman y Beck (1978) que evalúa la presencia de esquemas cognitivos disfuncionales en sujetos con depresión en 7 dominios: aprobación, amor, realización, perfeccionismo, derechos, omnipotencia y autonomía. En un principio se destinó a la evaluación de constructos asociados a la depresión, pero actualmente es utilizado de manera más amplia como un instrumento transversal asociado a múltiples categorías diagnósticas, siendo de utilidad en la detección de trastornos mentales del espectro ansioso-depresivo. Nuestro objetivo es evaluar la capacidad del EAD para distinguir comunalidades disfuncionales en sujetos con sintomatología ansioso-depresiva frente a sujetos sanos. **Método:** Estudio comparativo transversal. Se evaluó a 91 sujetos con la EAD antes de iniciar tratamiento. La muestra estuvo compuesta por 60 mujeres y 31 hombres con media de edad de 32,46 ( $DT=7,86$ ) dividido en tres grupos en función del diagnóstico clínico: controles ( $N=30$ ), ansiedad ( $N=31$ ) y depresión ( $N=30$ ), balanceando la proporción de la edad, género y estado civil en los tres grupos. **Resultados:** Los pacientes con diagnósticos de depresión y ansiedad se diferenciaron significativamente en todas las escalas respecto a los sujetos control, pero no hay diferencias significativas entre ambos grupos clínicos en ninguna de las dimensiones evaluadas. **Discusión:** No parece haber diferencias significativas en los esquemas disfuncionales de sujetos que padecen ansiedad y depresión, pero sí aparecen frente a grupo de control, por lo que el EAD podría ser un instrumento de cribado fiable para la detección de ambos grupos sindrómicos respecto a sujetos sanos.

## C.3 Entrenamiento Grupal en Habilidades de la Terapia Dialéctico-Conductual como componente único de tratamiento para diversos trastornos mentales: una revisión sistemática

**Presenta:** *Anna Svintitckaia*<sup>1</sup>

*Diego Carracedo Sanchidrián*<sup>1</sup>

*Tamara Castellanos Villaverde*<sup>1</sup>

*Marina Labzina*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>**Especialista en Psicología Clínica (PIR) Hospital Universitario la Paz**

**Introducción:** La Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) fue desarrollada como un tratamiento multicomponente para el trastorno límite de personalidad (TLP). Su componente grupal, el entrenamiento en habilidades (TDC-EH), en ocasiones se usa como componente único de tratamiento. Nuestro objetivo es actualizar la evidencia disponible sobre el uso de TDC-EH como una intervención única para distintos trastornos mentales. **Método:** Partiendo de una revisión sistemática previa (Valentine et al., 2015) que abarca estudios publicados hasta junio de 2013, en esta nueva revisión sistemática se incluyeron estudios empíricos controlados y aleatorizados con población clínica adulta publicados desde julio de 2013 hasta enero de 2019. **Resultados:** Se encontraron 13 estudios que emplearon TDC-EH en ausencia de otros componentes de la TDC. Los estudios fueron divididos en tres grupos, de acuerdo con la población sobre la que se realizó la intervención: TLP, otros trastornos mentales (depresión, abuso de sustancias, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno por atracón) y población transdiagnóstica. **Discusión:** Desde la revisión anterior ha aumentado el número y la calidad de los estudios sobre el tema. Se trata de modificaciones de TDC-EH, con distinto contenido y duración. Se encontró evidencia del impacto positivo de la intervención sobre la regulación emocional, estrategias de afrontamiento, malestar general, autolesiones e ideación autolítica, sintomatología depresiva, ansiedad, agresividad, conducta impulsiva y calidad de vida. Sin embargo, la evidencia encontrada no es consistente respecto al mantenimiento de los resultados en el seguimiento. La mayoría de los estudios destacan mayor adherencia terapéutica de TDC-EH frente a otro tipo de intervenciones grupales.

## C.4 Activación conductual: revisión de la literatura

**Presenta:** *Diego Carracedo Sanchidrián*<sup>1</sup>

*Ania Svintitckaia*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>**Hospital La Paz, IdiPaz, Madrid, Spain**

**Introducción:** La Activación Conductual (AC) es una intervención estructurada (no protocolizada, idiográfica, cuya meta consiste en ayudar al paciente a tomar contacto con fuentes de recompensa que se han truncado. Nuestro objetivo es plantear la exposición AC como método de intervención en diferentes contextos terapéuticos y revisión de su evidencia científica en trastornos diferentes de la depresión. **Método:** Revisión de la literatura en español e inglés existente indexada en PubMed entre los años 2005 y 2019 en relación a la intervención y su evidencia científica. **Resultados:** La AC es un tratamiento bien establecido para la depresión que se está extendiendo a otros trastornos y modalidades como Ansiedad, enfermos oncológicos, dolor crónico y modalidades grupales. También se está desarrollando a través de aplicaciones para teléfonos inteligentes. Por último, aparece como interesante alternativa para personas con CI límite, bajo nivel cultural y/o poco dominio del idioma. **Discusión:** Toda vez que se sabe la AC como tratamiento eficaz para la depresión y posiblemente eficaz para otros trastornos, conviene recordar cuáles son sus premisas básicas. La AC no es una mera programación de actividades placenteras. Implica disminuir la evitación y aumentar las actividades que son valiosas para el paciente. Entiende los trastornos como como estados “morbosos” sino como la respuesta normal/esperable ante un determinado contexto vital, explicándolo a partir de las circunstancias actuales y las reacciones a estas. Así, la clave para cambiar cómo se siente el paciente es cambiar lo que hace. Se deben programar actividades según un plan, no según el estado de ánimo. Limitaciones: revisión no sistemática.

## C.5 Influencia del origen cultural y el género sobre los estereotipos relacionados con la doble moral sexual en jóvenes de Melilla

*Ángel Castro*<sup>1</sup>

**Presenta:** *María Teresa Ramiro*<sup>2</sup>

*Ignacio Castro Vázquez*<sup>2</sup>

**<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza | <sup>2</sup>Universidad de Granada**

**Introducción:** La discriminación sexual promueve estereotipos de roles sociales establecidos en las diferencias sexuales. En este sentido, existe una doble moral sexual, que hace referencia a la distinta valoración realizada de la conducta sexual dependiendo del sexo de la persona que la lleva a cabo. Se espera que los hombres, a diferencia de las mujeres, disfruten de mayor libertad sexual en forma de sexo prematrimonial, muestren un papel activo en las relaciones sexuales y expresen una sexualidad manifiesta. El objetivo de este trabajo es determinar si existen diferencias en relación a la doble moral sexual en función del género y del origen cultural.

**Método:** la muestra estuvo formada por 700 jóvenes de distintas culturas de la ciudad de Melilla. Se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos y la versión española de la Sexual Double Standard Scale. **Resultados:** Los resultados pusieron de manifiesto que los varones presentaron mayor doble moral sexual que las mujeres, independientemente del origen cultural. Los jóvenes de origen musulmán informaron de una mayor doble moral sexual que los de origen católico y que los que practican otra religión. **Discusión:** Por todo ello, se desprende la necesidad de intervenir a través de estrategias preventivas, que erradiquen creencias sexistas establecidas culturalmente, que afectan al establecimiento de estereotipos de género, con el fin de promover la igualdad entre los sexos.

## MESA COMUNICACIONES 5

### C.1 Aplicación del Protocolo Unificado en un caso de Esquizofrenia Resistente al Tratamiento

*Eva Grasa*

*Alexandra Roldán*

*Anna Alonso*

*Iluminada Corripio*

**Servicio de Psiquiatría, IIB-Sant Pau, Hospital Sant Pau (Barcelona); Universitat Autònoma de Barcelona; CIBERSAM**

**Descripción del caso:** Actualmente, entre un 30 y un 50% de los pacientes con esquizofrenia son resistentes al tratamiento. Aunque los estudios indican la importancia de combinar tratamiento farmacológico con intervenciones psicológicas, la disponibilidad y el acceso a terapias integradas es escasa para estos pacientes. El servicio de psiquiatría del Hospital de Sant Pau (Barcelona) ofrece el programa AMA DABLAM (intervención multimodal farmacológica, psicológica y familiar) dirigido a personas con esquizofrenia resistente al tratamiento (ERT). Esta población presenta, sobre todo, persistencia de síntomas positivos (alucinaciones, delirios) y problemas en la funcionalidad personal y social. La sintomatología positiva desencadena el aprendizaje de patrones alterados de procesamiento emocional, especialmente en su percepción, experiencia y conducta. Estos factores sugieren que las personas con ERT serían susceptibles de beneficiarse con la intervención del Protocolo Unificado (PU). Se presentará el caso clínico de una paciente que, tras su paso por el módulo farmacológico del programa y la ausencia de respuesta completa, realizó la intervención individualizada del PU. Se fijaron como metas el aumento del contacto social y la incorporación de una actividad pre-laboral. Se realizaron sesiones semanales de una hora de duración, donde se administraban las escalas ODSIS, OASIS y VAS-Voces. Presentaremos los resultados en este simposio.

**Financiación:** Este estudio ha sido financiado gracias al proyecto Programa AMA DABLAM (EC/16/272/4723), ONA CORPORATION (Barcelona, España), los fondos FEDER de la UE y el Programa CERCA de la Generalitat de Catalunya.

**Palabras clave:** esquizofrenia resistente al tratamiento, síntomas persistentes, protocolo unificado, regulación emocional.

## C.2 Eficacia del Protocolo Unificado en la reducción de la sintomatología general y específica del Trastorno de Pánico y el Trastorno de Ansiedad Generalizada

**Presenta:** *Oscar Peris-Baquero*<sup>1,2</sup>

*Jorge Osma*<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ISS Aragón | <sup>2</sup>Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza

**Introducción:** El Protocolo Unificado (PU) para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (TE) ha demostrado su eficacia respecto a medidas generales de ansiedad, depresión, calidad de vida, interferencia, etc. pero todavía existe poca evidencia sobre su eficacia sobre los síntomas característicos de cada uno de los TE. Nuestro objetivo es evaluar si el PU en formato grupal produce cambios tanto en la sintomatología general, ansiedad y depresión, como en la específica del Trastorno de Pánico (TP) y del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). **Método:** La muestra estuvo formada por 18 pacientes diagnosticados con TP, 72.2% mujeres (n=13), con una edad media de 41.33 (DT=14.38) y 15 pacientes con diagnóstico de TAG, todas ellas mujeres, con una edad media de 41.67 (DT=11.703). Se utilizaron los cuestionarios generales: BDI, BAI y los específicos: Escala de Gravedad para el Trastorno de Pánico (EGTP) para el TP y el Cuestionario de Preocupación de Pensilvania (CPP) para el TAG. **Resultados:** En ambos diagnósticos se produjo una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones pre-post tratamiento tanto en las escalas generales BDI y BAI ( $p < .05$ ) como en los cuestionarios específicos EGTP ( $F=15.855$ ,  $p=.001$ ,  $\eta^2=0.483$ ) y CPP ( $F=5.008$ ,  $p=.042$ ,  $\eta^2=0.263$ ). **Discusión:** El PU para el tratamiento transdiagnóstico de los TE es una intervención eficaz para la reducción de sintomatología ansiosa, depresiva y la específica en el caso del TP y el TAG. Asimismo, el PU en formato grupal es una intervención coste-efectiva dado que permite tratar al mismo tiempo a distintas personas con patologías diversas.

## C.3 Aplicación del PU en un caso de trastorno de pánico con agorafobia utilizando TICs

*Diana Castilla*<sup>1,2,3</sup>

*Ignacio Miralles*<sup>4,5,6</sup>

**Presenta:** *Juana Bretón-López*<sup>2,3,4</sup>

**<sup>1</sup> Universidad de Zaragoza | <sup>2</sup>Labpsitec | <sup>3</sup>CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Instituto Salud Carlos III | <sup>4</sup>Universidad Jaume I | <sup>5</sup> Geospatial Technologies ResearchGroup (GEOTEC) | <sup>6</sup>Instituto de Nuevas Tecnologías de la Imagen (INIT)**

El trastorno de pánico, asociado a recurrentes e inesperados ataques de pánico y preocupaciones sobre las consecuencias que conlleva, presenta una alta prevalencia en la población general. Se da de forma conjunta especialmente con la “agorafobia”, entendida como “la ansiedad desencadenada por los espacios abiertos” y el miedo marcado a la exposición en una diversidad de situaciones. Los nuevos desarrollos en psicopatología han supuesto el diseño de novedosas estrategias de intervención. Es el caso de la aproximación transdiagnóstica, una intervención cognitivo conductual centrada en la emoción que se ha consolidado en el Protocolo Unificado (PU). Bajo este enfoque de tratamiento, un aspecto central es la exposición *in vivo* a aquellas situaciones temidas, donde el paciente pueda confrontarlas de una forma gradual con la meta de tolerar los niveles de ansiedad. A pesar de la eficacia constatada de dicho componente, existen dificultades inherentes durante la exposición, por lo que se sugiere la inclusión de elementos facilitadores. Las tecnologías han tenido una representación fundamental en el campo de los tratamientos psicológicos. Los métodos de Evaluación Ecológica Momentánea (EMA) a través de Smartphones ofrecen una oportunidad sin precedentes para la evaluación de la conducta humana y la salud mental. Se describe el uso de una aplicación móvil durante las tareas de exposición en una intervención mediante PU con un paciente diagnosticado de Trastorno de Pánico y Agorafobia. Los resultados ponen de manifiesto cómo la EMA facilita la recogida de información clínica de interés durante las tareas de exposición, así como la buena aceptación por parte del paciente.

## C.4 Adaptación del protocolo unificado transdiagnóstico para los trastornos emocionales a un caso de depresión perinatal

**Presenta:** *Elena Crespo Delgado*<sup>1</sup>

*Verónica Martínez Borba*<sup>1</sup>

*Jorge J. Osma López*<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Universitat Jaume I | <sup>2</sup>Universidad de Zaragoza | <sup>3</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón

**Introducción:** El 6-15% de las mujeres sufre depresión perinatal, con consecuencias negativas que se agravan en casos de comorbilidad con sintomatología ansiosa. El Protocolo Unificado (PU) atiende a los mecanismos compartidos entre los diferentes trastornos emocionales, mostrando ser eficaz en población clínica con patología comórbida. El objetivo del presente estudio es describir la adaptación del PU para el tratamiento de la depresión perinatal en una mujer que presenta además síntomas ansiosos y rasgos obsesivos de personalidad. **Método:** Se trata de un diseño de caso único, donde se aplicó el PU en 12 sesiones a una gestante de 34 semanas derivada a consulta por bajo estado de ánimo. Se realizaron evaluaciones de depresión, ansiedad y afecto en tres momentos temporales (pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento 12 meses). **Resultados:** Los resultados muestran una disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva al comparar las medidas pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento, no superando el punto de corte para ningún trastorno tras la intervención, ni en el seguimiento en medidas como el EPDS (PD: 13-3-4), el OASIS (PD: 17-4-6) o el ODSIS (PD: 11-4-5). **Discusión:** La adaptación realizada del PU ha resultado eficaz para el tratamiento de la depresión perinatal de esta paciente. Los resultados plantean la posible viabilidad y eficacia de esta intervención para tratar a mujeres con síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo y posparto. Serán necesarios ensayos clínicos con muestras más amplias para demostrar la eficacia del PU en población perinatal.

## C.5 Aplicación del Protocolo Unificado en un caso de depresión mayor y rasgos de personalidad patológicos

**Presenta:** *Jorge Osma*<sup>1,2</sup>

*Óscar Peris-Baquero*<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza | <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón

**Introducción:** Algunos estudios ponen de manifiesto que los rasgos o trastornos de la personalidad interfieren en la adherencia y el curso del tratamiento. En esta comunicación presentaremos los resultados obtenidos en el caso de un varón de 47 años, soltero, con estudios superiores y de nacionalidad española, con diagnóstico principal de trastorno depresivo mayor (ADIS-IV) y rasgos de personalidad depresivos y esquizoides (MCMI-III) tras la aplicación del Protocolo Unificado (PU). El PU es una intervención cognitivo-conductual centrada en el entrenamiento de cinco habilidades de regulación emocional básicas: (1) Conciencia plena; (2) Flexibilidad cognitiva; (3) Identificación de conductas emocionales; (4) Exposición interoceptiva y (5) Exposición emocional. **Método:** La intervención se llevó a cabo en 6 meses donde se aplicaron 20 sesiones de 60 minutos de duración en una Unidad de Salud Mental pública de Castellón (USM Rafalafena). Tras la intervención se realizaron 3 seguimientos a los 3, 6 y 12 meses. **Resultados:** Los resultados obtenidos a los 12 meses del seguimiento informaron del mantenimiento de las mejorías tras el tratamiento en sintomatología depresiva ( $RCI_{BDI-II} = -5.51$ ), afecto negativo ( $RCI_{NEGATIVE\ PANAS} = -3.61$ ), calidad de vida ( $RCI_{ICV-sp} = 4.61$ ) y rasgos de personalidad Esquizoides ( $RCI_{MCMI-III-Esquizoide} = -4.36$ ) y Depresivos ( $RCI_{MCMI-III-Depresivos} = -5.24$ ). **Discusión:** Los rasgos de personalidad no interfirieron en la implementación, curso y adherencia al tratamiento. El entrenamiento en estrategias de regulación emocional a través del PU puede ser una propuesta efectiva para el tratamiento de trastornos emocionales con rasgos de personalidad patológicos comórbidos.

**Palabras clave:** Protocolo Unificado, trastorno depresivo mayor, rasgos de personalidad, regulación emocional, comorbilidad.

## MESA COMUNICACIONES 6

### C.1 Tratamiento familiar en grupo de padres con niños diagnosticados de TDAH

**Presenta:** *Alicia Gimenez Zorraquino*<sup>1</sup>

*Fernando Villalba Yuste*<sup>2</sup>

*Marcos Cebolla Pola*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ernest Lluch de Calatayud | <sup>2</sup>Hospital Obispo Polanco

**Introducción:** El tratamiento del Trastorno de hiperactividad y/o déficit de atención requiere una intervención en los diversos contextos donde se maneja el niño, como el desarrollo individual y social, la familia y la escuela. En la mayoría de las ocasiones, la sobrecarga familiar y las dificultades de manejo en casa son, además de consecuencias, factores mantenedores del problema. El tratamiento grupal de los padres puede permitir obtener tanto beneficios asistenciales como prácticos al usar el grupo como método de aprendizaje de habilidades, unión y apertura emocional al problema. Nuestros objetivos son exponer el trabajo en grupo de padres con niños con TDAH y exponer los resultados de esta intervención grupal en el ámbito familiar. **Método:** Se ha procedido a una intervención grupal de 6 sesiones cerradas de 1 hora de duración con padres de niños diagnosticados de TDAH. Se ha realizado una evaluación psicológica pre-post a través de una batería de pruebas de los pacientes, así como evaluación del clima social en la familia. Las 6 sesiones son cerradas, con diferentes temas donde se incluye la psicoeducación, terapia conductual con contingencias, el trabajo de la autoestima y el manejo de la ira, trabajo con los padres además de numerosas tareas de role playing, relajación y ayuda mutua. **Resultados:** Observamos una mejoría significativa en el manejo en casa y en el paciente al mejorar el clima familiar además de importante satisfacción con el recurso ofrecido. **Discusión:** El trabajo en grupo con padres permite trabajar en familia, además de ser un recurso con una importante eficiencia a la hora de ser aplicado a nivel ambulatorio.

## C.2 Las dificultades del transdiagnóstico: ¿Crisis conversivas o epilepsia?: A propósito de un caso

**Presenta:** *Alicia Gimenez Zorraquino*<sup>1</sup>

*Fernando Villalba Yuste*<sup>2</sup>

*Marcos Cebolla Pola*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ernest Lluch de Calatayud| <sup>2</sup>Hospital Obispo Polanco

**Introducción:** En ocasiones, hay trastornos que exigen una intervención diagnóstica de diversos profesionales, especialmente cuando hay una Historia clínica que puede indicar problemas de índole orgánica. La colaboración Psicólogo- Psiquiatra-Neurólogo nos va a permitir averiguar en este caso presentado, cómo un cuadro de epilepsia con retraso mental en una paciente de 17 años puede confundir un trastorno psiquiátrico de tipo funcional, en este caso crisis conversivas de tipo psicótico que impresionan al principio de crisis comiciales epilépticas del lóbulo temporal. Nuestro objetivo es exponer un caso clínico de importante complicación donde el transdiagnóstico ha permitido una adecuada intervención del caso, así como un adecuado encuadre en el tratamiento más acertado. **Método:** La metodología es descriptiva. Exponemos la evolución de un diagnóstico adecuado a través de diversos profesionales en una Unidad de Salud mental Infanto-juvenil. Exponemos la colaboración de los diferentes profesionales y como el diagnóstico del Psicólogo Clínico puede dar mayor evidencia que el de un diagnóstico médico exclusivamente cuando un paciente tiene problemas de tipo orgánico previos. **Resultados:** La paciente correctamente diagnosticada, ha conseguido una mayor adherencia al tratamiento, una mayor comprensión de la familia y un mejor manejo del trastorno en los diversos recursos asistenciales. **Discusión:** La influencia de los diagnósticos previos puede ser un mal consejero a la hora de emitir uno más actual cuando la clínica ha cambiado. La exploración psicológica junto a los recursos de la Psicología Clínica permite ajustar diagnósticos y en muchas ocasiones encauzar el adecuado tratamiento psicológico y farmacológico a posteriori.

## C.3 Análisis de las diferencias en la conducta sexual y en variables relacionadas en función del origen cultural de los adolescentes melillenses

**Presenta:** *Angel Castro*<sup>1</sup>

*María Teresa Ramiro*<sup>2</sup>

*Ignacio Castro*<sup>2</sup>

*Juan Ramón Barrada*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza | <sup>2</sup>Universidad de Granada

**Introducción:** La sexualidad es un área fundamental para el bienestar de las personas. Durante la adolescencia y primera juventud se produce una serie de cambios en todos los ámbitos de la vida, que condicionan el desarrollo posterior del individuo. Por eso, el objetivo principal de esta comunicación era analizar las diferencias existentes en la conducta sexual y en variables relacionadas (desigualdades de género) en función del origen religioso/cultural (católicos, musulmanes, judíos, otros) de los jóvenes de la ciudad de Melilla. **Método:** Participaron 700 estudiantes universitarios del Campus de Melilla de la Universidad de Granada, quienes rellenaron una batería de cuestionarios en papel. **Resultados:** Los resultados obtenidos mostraron diferencias en la conducta sexual (edad de inicio y número de parejas), aunque no en las conductas de riesgo (uso del preservativo) en función del origen religioso/cultural de los jóvenes, así como diferencias en la doble moral sexual y los estereotipos de género. **Discusión:** Por eso, es importante tener en cuenta las diferentes culturas que conviven en un determinado contexto geográfico a la hora de diseñar e implementar programas de prevención y promoción de la salud sexual.

## C.4 Personalidad patológica y consumo de sustancias en adolescentes con trastorno mental grave de la provincia de Castellón

**Presenta:** *Rafael Bernal Mohedano*<sup>1</sup>

*Carlos García Montoliu*<sup>1</sup>

*Matilde Espinosa Mata*<sup>1,2</sup>

*Carla Ramos Vidal*<sup>1,2</sup>

*Estefanía Ruiz Palomino*<sup>1</sup>

*Matías Real López*<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitat Jaume I (Castellón, España) | <sup>2</sup>Consortio Hospitalario Provincial de Castellón, España

**Introducción:** El consumo de sustancias en una etapa crítica del desarrollo evolutivo favorece la aparición de problemas de salud mental. La personalidad puede ser un factor de riesgo, los estudios muestran que los consumidores se caracterizan por una personalidad del tipo rebelde, opositora y con tendencia límite. El objetivo es analizar la relación entre consumo de sustancias y rasgos de personalidad patológica en adolescentes con trastorno mental grave.

**Método:** se administró el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon a 58 menores (M=14,57 años; DT=1,22) del Hospital de Día Infanto-Juvenil de Castellón. El consumo de sustancias se evaluó utilizando la información de la entrevista clínica de ingreso. **Resultados:** El 53,6% de los adolescentes consume algún tipo de sustancias: nicotina (43,5%), cannabis (42%), alcohol (30,4%), estimulantes (4,3%) y cocaína (1,4%). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los patrones de personalidad sumiso ( $p=0,026$ ), rebelde ( $p=0,027$ ) y opositora ( $p=0,033$ ), en la preocupación inseguridad con los iguales ( $p=0,031$ ) y en el síndrome clínico sentimientos de ansiedad ( $p=0,028$ ). Es decir, los menores consumidores tuvieron puntuaciones medias más elevadas que los no consumidores en todas estas escalas.

**Discusión:** Un perfil de personalidad caracterizado por una elevada impulsividad, irresponsabilidad, excesiva dependencia de los demás, desaprobación por parte de sus iguales y con sentimientos de ansiedad aparece como factor de riesgo del consumo de sustancias en adolescentes con problemas de salud mental. La identificación de estos rasgos resulta útil tanto para la detección temprana de población en riesgo como para diseñar estrategias de prevención de drogodependencias.

## C.5 Implementación de un programa de rehabilitación neuropsicológica en adolescentes con trastorno mental grave en la red de salud mental de Álava: un estudio piloto

**Presenta:** *Alicia Martínez Gimenez*<sup>1</sup>

*Iratxe Gonzalez Amor*<sup>2</sup>

*Arantazu Herran Boix*<sup>2</sup>

*Ana Robles Egea*<sup>1</sup>

*Maria Victoria Armendariz Iraola*<sup>2</sup>

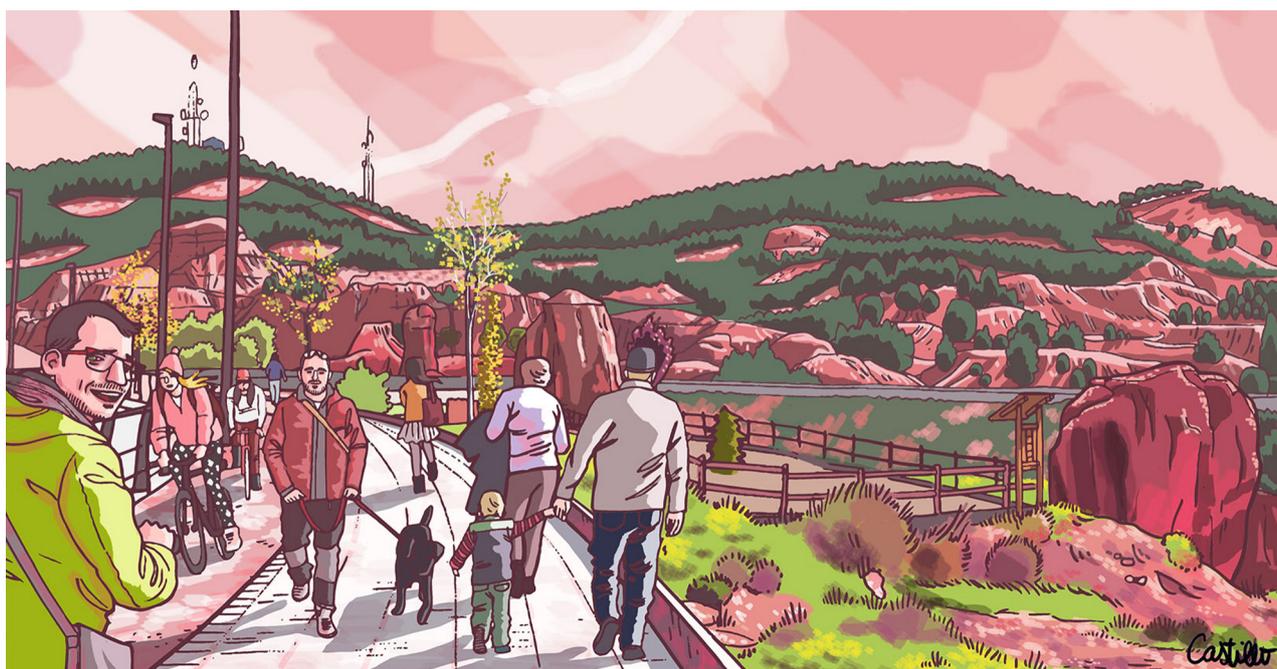
*Noelia Guallar Troncho*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PIR Hospital Universitario de Álava | <sup>2</sup>PEPC USMIJ Red de Salud Mental de Álava

**Introducción:** El área de neuropsicología infanto-juvenil permanece a día de hoy como el campo con menor investigación y desarrollo dentro de la psicología clínica. Se presenta un programa piloto integrador de rehabilitación basado en el modelo de intervención neurocognitiva pediátrica (Limond, 2014). Queremos valorar la efectividad de un programa multicomponente de rehabilitación neuropsicológica con adolescentes (sesiones semanales de rehabilitación cognitiva con NeuronUp, tareas para casa de elevado valor ecológico, sesiones de psicoeducación para padres y estrecha comunicación vía mail con familias y colegios). **Método:** se plantea un estudio piloto con 8 sujetos con edades comprendidas entre los 13 y los 18 años de edad. **Resultados:** Se obtienen diferencias significativas entre la medida pretratamiento y la postratamiento en las siguientes áreas: mejora del rendimiento en las pruebas de evaluación neuropsicológica; mejora de la percepción sobre el estado emocional de los hijos por parte de los padres; reducción de conductas disruptivas percibida por el ámbito escolar y mejora de la autoestima referida en autoinforme de los pacientes. **Conclusiones:** La intervención neuropsicológica resulta efectiva a nivel cognitivo, pero, lo que es más importante, mejora la funcionalidad y la calidad de vida global, además de reducir la sintomatología psicopatológica, llegándose a constituir un tratamiento integral de primera línea en edad infanto-juvenil.

**Palabras clave:** neuropsicología, rehabilitación cognitiva, programas rehabilitación cognitiva adolescentes, TIC's.

# POSTERS



Imágenes cedidas por Elena Castillo

## P.1 Aprendiendo a Dormir...y Vivir mejor con Mindfulness: una experiencia de empoderamiento grupal

*M<sup>a</sup> Ángeles Torres Alfosea<sup>1</sup>*

*Elvira Martínez Besteiro<sup>2</sup>*

*Jorge Sellar Botella<sup>3</sup>*

**<sup>1</sup>Facultativa Especialista en Psicología Clínica, Hospital General Universitario de Alicante**

**| <sup>2</sup>Profesora Contratada Doctora en Psicología, Universitat de València |**

**<sup>3</sup>Sociólogo, Técnico en Investigación Social, Alicante**

**Introducción:** El Mindfulness es un recurso interior de la persona que, entrenándose adecuadamente, constituye una poderosa herramienta terapéutica para utilizar de forma transdiagnóstica, promoviendo el autocuidado y el cambio en la forma en que nos relacionamos con la experiencia adversa. Nuestro objetivo es responder a las necesidades de atención integral de pacientes con insomnio, buscando su empoderamiento respecto a su salud. Mostrar la eficacia de intervenciones grupales basadas en Mindfulness como herramientas de autocuidado útiles en el manejo del insomnio y la ansiedad asociada. **Método:** Se excluyen: conocimientos-práctica previos en Mindfulness, tratamiento en Salud Mental. Aplicación pre-post de cuestionarios ISI y PSQI, que evalúan gravedad del insomnio y su repercusión en la salud y calidad de vida. Cuestionario específico sobre Satisfacción con el Taller. Grupo terapéutico, formato Taller, estructurado en seis sesiones de dos horas durante tres meses. Exposiciones teóricas, material audiovisual y escrito, práctica grupal, tareas inter-sesiones. **Resultados:** Al inicio, las pacientes doblaban/triplicaban el nivel clínico significativo de insomnio. Reducción significativa: gravedad del insomnio, uso de medicación. Mejora muy significativa: calidad subjetiva del sueño y disfunción diurna. Participación y satisfacción muy altas. **Discusión:** Según las participantes y la evidencia reunida, el grupo alcanzó sus objetivos, valorando positivamente el Mindfulness como un recurso terapéutico eficaz para el manejo del insomnio y la ansiedad asociada, constituyendo una alternativa/complemento a la medicación e Higiene del Sueño.

## P.2 ¿Por qué practicamos sexting? El rol de la autoestima sexual

Juan Enrique Nebot-García<sup>1</sup>

Naiara Martínez-Gómez<sup>1</sup>

Cristina Giménez-García<sup>1</sup>

Marta García-Barba<sup>1</sup>

Rafael Ballester-Arnal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitat Jaume I

**Introducción:** El sexting es un fenómeno complejo que ha mostrado favorecer la exposición al riesgo. Sin embargo, todavía falta esclarecer qué factores podrían facilitar su realización.

**Método:** 219 personas con una edad media de 31,17 años (DT=10,50) (64,7% mujeres y 35,3% hombres) cumplimentaron un cuestionario ad-hoc sobre sexting y autoestima sexual.

**Resultados:** El 59,4% de los participantes ha enviado mensajes o imágenes sexuales, un 16,5% las ha colgado en internet y un 70,1% las ha intercambiado. En cuanto a las diferencias de género, los hombres practican sexting en mayor medida, siendo las diferencias significativas en todas las variables, a excepción del intercambio de mensajes o imágenes. Por lo que respecta a la relación entre el sexting y la autoestima sexual, se observa que el hecho de enviar e intercambiar fotos e imágenes sexuales se relaciona con considerarse “una pareja sexual bastante buena” y ser “mejor en el sexo que otras personas”. Por su parte, tener mayor confianza en los encuentros sexuales se relaciona también con haber enviado material sexual. Tener una mayor autoestima sexual parece modular el envío e intercambio de imágenes y mensajes sexuales. **Discusión:** Un alto porcentaje de población, sobre todo hombres, ha realizado sexting, observándose cierta relación positiva con la autoestima sexual. Estos hallazgos deberían considerarse a la hora de elaborar estrategias preventivas, ya que una elevada seguridad podría constituir un facilitador de riesgo en el sexting, como ocurre en otras dimensiones de la sexualidad. Trabajo realizado gracias a la ayuda PREDOC/2017/45 de la Universitat Jaume I.

## P.3 ¿Qué opinan los psicólogos clínicos sobre el Protocolo Unificado aplicado en formato grupal tras su implementación?

Óscar Peris Baquero<sup>1,2</sup>

Jorge Osma<sup>1,2</sup>

Marta Gil Lacruz<sup>2</sup>

Mandeep Sekhon<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ISS Aragón | <sup>2</sup>Universidad de Zaragoza | <sup>3</sup>King's College London

**Introducción:** El Protocolo Unificado (PU; Barlow et al., 2011) es un tratamiento cognitivo-conductual destinado al tratamiento de un amplio rango de trastornos emocionales. Por este motivo, un tratamiento basado en la evidencia, transdiagnóstico y en formato grupal como el PU puede ser una alternativa eficaz y coste-efectiva para nuestro SNS. Nuestro objetivo es evaluar la opinión del PU en su aplicación grupal por parte de un conjunto de psicólogos clínicos que participan en un ensayo aleatorizado multicéntrico en España. **Método:** En total participaron 19 psicólogos clínicos, 84.2% mujeres ( $n=16$ ), edad media de 42.89 (DT=14.27) y el 52.6% ( $n=10$ ) tenían más de 9 años de experiencia profesional. Se elaboró un cuestionario de 9 ítems *ad hoc* con una escala de respuesta tipo Likert (1= "totalmente de acuerdo" a 5= "totalmente en desacuerdo") para evaluar: aceptabilidad general, actitud afectiva, dificultades, eficacia percibida, ética, coherencia de la intervención, pérdida de oportunidades, autoeficacia e intención de uso. **Resultados:** Los resultados sobre la opinión del PU fueron muy positivos: aceptabilidad general (4.47), actitud afectiva (4.79), dificultades (2.74), eficacia percibida (4.32), ética (1.47), coherencia de la intervención (4.53), pérdida de oportunidades (1.95), autoeficacia (4.16) e intención de uso (4.58). **Discusión:** Para ofrecer servicios de calidad en los servicios públicos de salud mental es fundamental que los psicólogos clínicos conozcan y apliquen tratamientos basados en la evidencia y que, además, los valoren positivamente y tengan la intención de seguir utilizándolos. El PU ha conseguido una alta aceptabilidad e intención de uso por parte de los psicólogos clínicos encuestados.

## P.4 Intervención Psicológica en el Síndrome Postoncológico en un Adolescente

*Gómez, M.J.<sup>1</sup>*

*Riquelme, M.<sup>1</sup>*

*Blánquez, E.<sup>1</sup>*

*Rodríguez, M. I.<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup> UGC Salud Mental. Hospital Neurotraumatológico. Complejo Hospitalario de Jaén**

**Introducción:** Durante la adolescencia tiene lugar el desarrollo de la identidad, la independencia y autonomía, la adaptación a la sexualidad, las relaciones sociales y la planificación del futuro. El diagnóstico de cáncer puede interferir el desarrollo de dicha etapa, la intervención psicológica podría facilitar la adaptación emocional a dichos cambios y al proceso de enfermedad. **Método:** A continuación, se presenta el caso clínico de una adolescente con diagnóstico oncológico que presentaba desde hacía un año ánimo deprimido, síntomas obsesivos-compulsivos relacionados con desinfección, insomnio mixto, dificultades de concentración y pensamientos recurrentes de muerte. Previamente a la intervención, se realizó la evaluación mediante entrevista clínica y cuestionarios sobre depresión (BDI-II) y obsesiones-compulsiones (Y-BOCS). La intervención se basó en los principios de la terapia sobre duelo de Worden e incluyó; la expresión emocional y afrontamiento de los recuerdos asociados al proceso de enfermedad, la diferenciación entre ideas de muerte y miedo a la morir, la mejora y mantenimiento de vínculos sociofamiliares y el establecimiento de un nuevo proyecto vital. **Resultados:** Los resultados tras la intervención mostraron una disminución de las puntuaciones en los cuestionarios de depresión (BDI-II pre=45, post=16) y obsesiones-compulsiones (YBOCS pre=29, post=10). **Discusión:** La expresión por adelantado de la pérdida imaginada de la propia vida, vista por la paciente como inevitable sin serlo realmente, resultó compatible con un duelo imaginado o anticipado, un proceso que suele presentarse en pacientes jóvenes diagnosticados de cáncer, del que existe poca literatura al respecto, y en el que la terapia del duelo podría ser una intervención eficaz.

## P.5 Aceptación de la Realidad Aumentada como herramienta para el aprendizaje espacial en pacientes con daño cerebral adquirido

*Magdalena Mendez-Lopez<sup>1</sup>*

*Camino Fidalgo<sup>1</sup>*

*Alba Quílez<sup>1</sup>*

*M.- Carmen Juan<sup>2</sup>*

*Jorge Osma<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza. IIS Aragón |

<sup>2</sup>Instituto Universitario de Automática e Informática Industrial, Universitat Politècnica de València

**Introducción:** para ejercitar la orientación espacial se han desarrollado diferentes pruebas, alguna de ellas con tecnología de Realidad Aumentada (RA). Es importante vincular la tecnología de RA en intervenciones neuropsicológicas con personas que han sufrido un Daño Cerebral Adquirido (DCA), porque son propensas a dificultades en procesos espaciales. Valorar el grado de usabilidad y satisfacción, así como otros factores relacionados con la aceptación de una aplicación de RA para la memoria de localización de objetos en personas con DCA. **Método:** Participaron 10 pacientes con DCA (1 mujer), entre 43 y los 62 años ( $M = 54,3$ ;  $DT = 6,8$ ). Se valoró la experiencia de uso de móvil/tableta para jugar. Tras la utilización de la aplicación se aplicó un cuestionario de 45 preguntas con respuesta Likert (1-7 puntos, 7 indica valoración positiva). Se valoraban factores como Interés/Disfrute, Participación, Control, Distracción, Usabilidad, Competencia Percibida, Presión/Tensión, Factores Sensoriales, Realismo, Presencia y Satisfacción. Se obtuvieron estadísticos descriptivos. **Resultados:** Globalmente, la aceptación de la aplicación de RA fue media-alta. Los resultados por factores son ( $M$ ;  $DT$ ): Interés/Disfrute (5,9; 0,9), Participación (5,9; 0,6), Control (5,5; 3,4), Distracción, (5,8; 0,7), Usabilidad (5,9; 0,7), Competencia percibida (5,2; 0,6), Presión/Tensión (5,9; 0,9), Factores Sensoriales (4,7; 2,1); Realismo (5,8; 0,6); Presencia (4,6; 2,0) y Satisfacción (5,60; 1,0). **Discusión:** Los pacientes con DCA valoraron positivamente esta tecnología.

**Financiación:** Gobierno de Aragón (Dpto. Innovación, Investigación y Universidad) y FEDER “Construyendo Europa desde Aragón” para el grupo S31\_17D. Proyecto AR3Senses (TIN2017-87044-R), cofinanciado por fondos FEDER.

## P.6 Acercamiento al abuso sexual: una experiencia oculta

*Marta García-Barba<sup>1</sup>*

*Cristina Giménez-García<sup>1</sup>*

*Juan Enrique Nebot-García<sup>1</sup>*

*Naiara Martínez-Gómez<sup>1</sup>*

*María Dolores Gil-Llario<sup>2</sup>*

**<sup>1</sup>Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I de Castellón, Spain |**

**<sup>2</sup>Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universitat de València, Spain**

**Introducción:** Los abusos sexuales repercuten notablemente en el bienestar de las personas. Sin embargo, todavía resultan desconocidos dada la dificultad que supone su estudio. Nuestro objetivo es analizar la prevalencia del abuso sexual en población joven, así como de la conducta de búsqueda de ayuda. **Método:** 1264 jóvenes (66,8% mujeres, 33,2% hombres), de entre 18 y 22 años, completaron una encuesta online sobre estilos de vida y salud que incluía un apartado sobre abuso sexual. **Resultados:** Un 7,1% de los participantes ha sufrido algún tipo de abuso sexual, siendo mayoritariamente mujeres (87,5%). En estas, el abuso ocurrió más en la adolescencia (69%), mientras que en hombres no se encuentran diferencias según etapa vital. El abuso fue perpetrado por un persona conocida o amiga en hombres mientras que, en mujeres, procedía más de una persona conocida o una pareja/expareja. Aunque el 85,7% de los hombres y el 63,4% de las mujeres lo contaron, sólo un 3,2% interpuso denuncia. Las personas que sufrieron abusos en edad adulta lo contaron más (73,3%) que aquellos que fueron abusados en la adolescencia (69,4%) e infancia (55,6%). Además, las agresiones de un familiar o pareja/expareja son menos denunciadas. **Discusión:** El abuso sexual sigue siendo un problema acuciante en la sociedad, sobre todo entre mujeres y a una edad temprana, reportando una baja búsqueda de ayuda. Así pues, parece imprescindible mejorar nuestro conocimiento sobre el tema, para ajustar intervenciones eficaces y revertir la situación. Estudio realizado gracias al contrato predoctoral ACIF/2018/24 de la Generalitat Valenciana.

## P.7 Análisis de las creencias sexistas y las actitudes hacia la agresión sexual en jóvenes de Melilla: atención a la diversidad cultural

*Ángel Castro<sup>1</sup>*

*María Teresa Ramiro<sup>2</sup>*

*Ignacio Castro Vázquez<sup>2</sup>*

**<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza | <sup>2</sup>Universidad de Granada**

**Introducción:** Las creencias sexistas apoyan la justificación del uso de la agresividad (violencia) por parte del hombre hacia la mujer en el contexto de las relaciones sexuales. Aunque la investigación en este campo ha dado lugar a gran diversidad de resultados, existe evidencia acerca de que este tipo de actitudes siguen existiendo en las sociedades actuales. Además, se ha mostrado que estas actitudes se ven incluidas por creencias establecidas socioculturalmente. Por ello, el presente estudio pretende determinar la relación entre las creencias sexistas y las actitudes hacia la agresión sexual en función del género y el origen cultural. **Método:** La evaluación se llevó a cabo a partir de la participación de 700 estudiantes universitarios de Melilla, de entre 18 y 24 años. Se aplicó un cuestionario sobre datos sociodemográficos, la versión española de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS) y el Inventario de Sexismo Ambivalente. **Resultados:** Los jóvenes que se identificaron como católicos y musulmanes presentaron más actitudes positivas hacia la agresión sexual que los que predicen otras religiones, como la judía o la hindú. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre el grupo de católicos y musulmanes, ni entre hombres y mujeres. Además, las creencias sexistas (hostiles, benevolentes y ambivalentes), correlacionaron positivamente con las actitudes positivas hacia la agresión, tanto en hombres como en mujeres, en todas las culturas. **Discusión:** Por todo lo expuesto, se resalta que es necesaria una atención a la diversidad cultural en las intervenciones dirigidas a mitigar las creencias sexistas.

## P.8 Apego familiar y social: diferencias entre adolescentes con y sin sintomatología depresiva

*Miriam Rodríguez-Menchón<sup>1</sup>*

*Mireia Orgilés<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>**Universidad Miguel Hernández**

**Introducción:** El establecimiento de vínculos familiares y sociales significativos puede jugar un papel relevante en el desarrollo de sintomatología depresiva en la adolescencia. El presente estudio se dirigió a analizar las diferencias que existían en los vínculos de apego establecidos con los progenitores y el grupo de amigos entre adolescentes con sintomatología depresiva y adolescentes que no presentaban dicha sintomatología. **Método:** participaron 414 adolescentes españoles (49.5% chicas) entre 13 a 18 años ( $M = 15.16$ ;  $DT = 1.25$ ). Los participantes aportaron datos sociodemográficos y respondieron al Inventario de Depresión (CDI), y al Inventario de Apego a Padres y Amigos (IPPA), formado por tres factores (comunicación, confianza y alienación) y en relación a tres grupos (padre, madre y grupo de amigos). **Resultados:** Los datos arrojaron diferencias significativas entre ambos grupos en todas las variables analizadas, excepto en comunicación materna. Se observaron mayores niveles de confianza y comunicación en el grupo de adolescentes que no presentaba sintomatología depresiva. En cambio, los jóvenes con sintomatología depresiva percibieron una mayor alienación paterna ( $d = .81$ ) y por parte del grupo de amigos ( $d = .98$ ) (entendida como la percepción de aislamiento, ira e indiferencia en dichas relaciones, pero al mismo tiempo reconociendo la necesidad de cercanía), que aquellos que no presentaron sintomatología depresiva. **Discusión:** Futuros estudios podrían ir dirigidos a conocer si las diferencias halladas en relación al apego suponen una causa o una consecuencia en el desarrollo de sintomatología depresiva, con el fin de contemplar esta variable en programas de prevención y/o intervención.

## P.9 Apego, Trauma y Psicopatología. Proyecto Base&D. A propósito de un caso (1)

*Raúl Cuesta Arenas<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Psicólogo Interno Residente (Hospital 12 de Octubre, Madrid)**

**Introducción:** Un estilo de apego inseguro y las experiencias traumáticas suelen encontrarse en pacientes de Salud Mental. Nuestro objetivo es exponer un caso clínico desde la perspectiva del apego y del trauma infantil y observar la psicopatología presente en la adultez en una paciente. **Método:** Presento un caso de una paciente de Salud Mental del Hospital 12 de Octubre de Madrid. Para la recogida de datos se utilizaron cuatro cuestionarios para explorar el estilo de apego, un cuestionario sociodemográfico y otro cuestionario ad-hoc para medir el trauma infantil. Para la medición de la Psicopatología se empleó el cuestionario MMPI-2Rf y una medida subjetiva de su profesional de referencia. **Resultados:** Se observa una familia multiproblemática, con un gran porcentaje de miembros con intentos autolíticos, periodos de encarcelamiento y muertes traumáticas. La paciente presenta un estilo de crianza maternal y paternal “Negligente”. Por otro lado, el estilo de apego predominante en la paciente es un estilo inseguro “alejado y temeroso”. Su narrativa emana poco aprecio por la vida, poco cuidado de sí misma, así como desregulaciones emocionales cuyo correlato psicopatológico es significativo, con altas puntuaciones en “ideación suicida”, “alteración emocional”, “conducta antisocial”, etc... **Discusión:** El estilo de apego con el que una persona se vincula y las consecuencias de experiencias traumáticas vividas y sufridas en la infancia se extienden más allá de la infancia y, como indica la literatura, una experiencia de vinculación con una base segura como la que se puede encontrar en la psicoterapia puede modificar y/o aliviar tanto la psicopatología, como los estilos de apego.

## P. 10 Aplicación de un programa de intervención desde la perspectiva transdiagnóstica en una unidad de rehabilitación cardíaca

*Esperanza Valls<sup>1</sup>*

*M<sup>a</sup> Teresa Basanta<sup>2</sup>*

**<sup>1</sup>Facultativo especialista. H. N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> de Gracia, Zaragoza |**

**<sup>2</sup>Psicólogo residente H. Royo Villanova**

**Introducción:** Los pacientes incluidos en una unidad de rehabilitación cardíaca (URHC) muestran amplia variabilidad en rasgos de personalidad, reacciones emocionales y de regulación ante su situación vital (perfeccionismo, alexitimia, afecto negativo, reactividad fisiológica, percepción de incontrolabilidad, sintomatología emocional, entre otros) que se han propuesto por diferentes autores como dimensiones transdiagnósticas, lo que propiciaría un abordaje desde esta perspectiva. Nuestros objetivos son: analizar la incidencia y posible comorbilidad de distintas variables evaluadas en los pacientes incluidos en una URHC y evaluar la eficacia de un programa de intervención desde la perspectiva transdiagnóstica aplicado a dichos pacientes, evaluados en 2 tiempos: pre y postintervención. **Método:** Conformaron la muestra 223 pacientes incluidos en una URHC en grupos bimensuales durante el año 2018. Se evaluó: PCTA, PCTD, depresión, ansiedad, irritabilidad, afrontamiento, apoyo social y calidad de vida. La intervención consistió en 7 sesiones de tipo transdiagnóstico (TCCT) grupal y seguimiento online. **Resultados:** Media edad: 56,4 ( $\pm$  7,9) años; 81,6 % varones. La sintomatología emocional no adquiere niveles clínicos, pero se detecta una marcada comorbilidad. En todas las variables evaluadas se obtuvo una significativa mejoría al finalizar el programa (D Cohen entre 0,35-0,40). **Discusión:** Este estudio refleja la variabilidad y comorbilidad referida, así como respalda el TCCT como abordaje prometedor y su eficacia aplicada en la rehabilitación de pacientes cardíacos.

## P.11 Association between catastrophism and functionality in patients with chronic pain due to osteoarthritis of the knee

*Antonio Romeo Méndez<sup>1</sup>*

*Rafael Ballester Arnal<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>**Universitat Jaume I de Castelló**

**Introduction:** Osteoarthritis of the knee is the most common cause of activity limitation in older people. The first-line therapeutic approaches, extracted from clinical practice guidelines, include a reduction in body weight if necessary, therapeutic education and the maintenance of physical activity, as well as the promotion of therapeutic exercise. However, there are cognitive and behavioral factors that can hinder the patient's participation in therapeutic exercise programs as well as limit their daily physical activity, one of the cognitive aspects that most interfere is catastrophism, which leads patients to think that their pain has no solution and can get worse if they participate in these activities. **Method:** In order to verify the association between catastrophism and functional limitation, a cross-sectional study was carried out with a sample of 11 subjects with osteoarthritis of the knee. The level of catastrophism was assessed using the Pain Catastrophism Scale questionnaire (PCS) and their functional capacity through sub-section C of the WOMAC questionnaire. **Results:** As a result, we obtain a statistically significant relationship between catastrophism and functional limitation ( $p = 0.007$ ). However, these data should be taken with caution given the size of the sample that is expected to continue increasing. **Discussion:** Catastrophism should be evaluated in patients with chronic pain due to osteoarthritis of the knee, given its probable prognostic and adherence factor in therapeutic exercise programs and promotion of physical activity, as well as being addressed when it constitutes a barrier to the implementation of these programs.

## P.12 Aplicación del protocolo unificado de tratamiento transdiagnóstico en un caso de cáncer de mama

*M<sup>a</sup> José Gómez Ramírez<sup>1</sup>*

*Muriel, P<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>UGC Salud Mental. Hospital Neurotraumatológico. Complejo Hospitalario de Jaén**

**Introducción:** El diagnóstico de cáncer y su tratamiento genera un fuerte impacto en la vida de la persona que lo padece e incrementa el riesgo de aparición de síntomas relacionados con ansiedad y depresión, lo que dificulta el proceso de adaptación emocional a la enfermedad. Existen distintos factores que pueden afectar a la autoestima y el bienestar psicológico como el cambio en los roles familiares y la actividad laboral, los síntomas físicos como el dolor, las náuseas y el cansancio. La prevención de la depresión y la ansiedad en los supervivientes de cáncer requiere de un tratamiento psicológico por parte de los profesionales sanitarios especialmente en mujeres jóvenes y en edad de trabajar pues suelen ser las más afectadas por los síntomas de ansiedad y depresión. **Método:** A continuación, se presenta el caso de una paciente diagnosticada e intervenida de cáncer de mama que presentaba síntomas de un trastorno de pánico con agorafobia, dificultades de concentración, fatiga, así como tristeza y desesperanza asociada a una importante afectación funcional en el área laboral y familiar. **Resultados:** La aplicación del Protocolo Unificado (PU) de Tratamiento Transdiagnóstico permitió una mejora de la sintomatología ansioso-depresiva en la paciente, una mejor adaptación y afrontamiento de las dificultades de la vida diaria. **Discusión:** El PU se presenta como una intervención útil para la prevención y manejo de los síntomas de ansiedad y depresión en mujeres jóvenes supervivientes al cáncer de mama en edad laboral.

## P.13 Cognitive Bias Modification for Interpretative Bias Protocol (CBM-I): Portuguese Version

*Antonia María Jiménez-Ros<sup>1</sup>*

*Vânia Oliveira<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Universidade del Algarve**

**Introduction:** Cognitive bias modification for interpretative bias (CBM-I) protocol was developed from a sample of undergraduate students to implicitly target and modify interpretative bias of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) related dysfunctional beliefs. In the current study, the authors aimed to adapt linguistically and culturally the original version of CBM-I for its application to the general Portuguese population. **Method:** The CBM-I protocol was translated into Portuguese by a back-translation process. The analysis of the linguistic and cultural equivalence of the CBM-I translated version was performed through an *Expert Judgment* methodology. The answers to the questions provided by the experts were quantitatively and qualitatively analysed. The concordance between experts was analysed through the *w Kendall* statistic. The qualitative analysis of the experts' answer to the questions allowed us to homogenize a set of criteria for the final version of the protocol. **Results:** The association between the interpretation bias measure about the importance and need to control beliefs and the psychopathological variables supports the convergent validity of the CBM-I. **Discussion:** Thus, the Portuguese version of the CBM-I protocol seems to be an adequate instrument to modify beliefs about the importance and need of control in general Portuguese population.

**Keywords:** CBM-I, Exposition, Obsessive-compulsive, Intrusions.

## P.14 Creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño y calidad de vida en pacientes con trastorno de insomnio

*Paula Ángeles Lantarón Imedio<sup>1</sup>*

*Verónica Villanueva Silvestre<sup>1</sup>*

*María del Rosario Pina Camacho<sup>1</sup>*

*Marcos Lorenzo Moya Diago<sup>1</sup>*

*Carmen Carrió Rodríguez<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Psicólogo Interno Residente. Servicio Salud Mental. Departamento Valencia Hospital Arnau de Vilanova-LLiria**

**Introducción:** Las creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño se asocian con el mantenimiento del insomnio (Harvey, 2002; Hiller, 2015) y las personas con insomnio presentan peor calidad de vida (Kyle, 2010). Nuestro objetivo es analizar la asociación entre creencias y actitudes disfuncionales sobre sueño, edad, severidad del insomnio y calidad de vida en pacientes con trastorno de insomnio. **Método:** 41 pacientes (53,7% mujeres) completaron el protocolo de evaluación, con una edad media de 46,19 ( $DT=11,40$ ). Instrumentos: (1) Insomnia Severity Index (ISI) (2) Dysfunctional Beliefs and Attitudes About Sleep (DBAS), (3) Cuestionario de Salud SF-12 (SF-12). **Resultados:** Se encontraron asociaciones significativas entre creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño y a) edad ( $p=0,310$ ), b) severidad del insomnio ( $p=0,341$ ) y c) vitalidad (SF-12) ( $p=0,35$ ), dolor corporal (SF-12) ( $p=0,321$ ), salud mental (SF-12) ( $p=0,398$ ) y componente mental (SF-12) ( $p=0,407$ ). Las consecuencias del insomnio (DBAS) se asociaron con a) edad ( $p=0,466$ ) y b) vitalidad (SF-12) ( $p=0,338$ ); y el control y predicción del sueño (DBAS) se relacionó con a) edad ( $p=0,319$ ), b) severidad (ISI) ( $p=-0,416$ ) y vitalidad (SF-12) ( $p=0,407$ ), salud mental (SF-12) ( $p=0,336$ ) y componente mental (SF-12) ( $p=0,38$ ). **Discusión:** Los resultados sugieren que las creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño disminuyen con la edad y aumentan con la gravedad del insomnio. Estas creencias, sobre todo las relacionadas con la anticipación de consecuencias del insomnio y percepción de control del sueño, se relacionan con peor calidad de vida.

## P.15 Cuestionario del Significado de la Vida en adolescentes españoles: evidencias de fiabilidad y validez y diferencias en función del género y la edad

*Miriam Rodríguez-Menchón<sup>1</sup>*

*Alexandra Morales<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>**Universidad Miguel Henández**

**Introducción:** Los problemas de ansiedad y depresión y la ideación suicida en adolescentes constituyen una gran preocupación a nivel clínico, científico y social. Una de las variables que se encuentra relacionada con dichos problemas es el significado de la vida, es decir, el significado que se siente con respecto al propio ser y la propia existencia. Esta variable puede actuar como factor protector ante el desarrollo de sintomatología internalizante, por ello resulta clave su evaluación. El objetivo del presente estudio fue analizar de forma preliminar, la fiabilidad y validez del Cuestionario del Significado de la Vida (MLQ; Steger, Frazier, Oishi, & Kaler, 2006), en adolescentes españoles. **Método:** se analizaron diferencias en función del género y la edad. Participaron 358 adolescentes (48.6% chicas) del sureste de España de 13 a 18 años ( $M = 15.17$ ;  $DT = 1.27$ ). **Resultados:** La consistencia interna fue adecuada para la subescala Presencia ( $\alpha = .77$ ) y buena para la escala Búsqueda ( $\alpha = .82$ ). Los análisis de validez proporcionaron correlaciones inversas y significativas entre Presencia del significado de la vida y depresión y ansiedad, así como correlaciones positivas entre Presencia y autoestima. Los análisis de comparación de medias no arrojaron diferencias en función del género o edad. **Discusión:** Las evidencias de fiabilidad y validez obtenidas en el presente estudio sugieren que el MLQ podría ser apropiado para su uso en población adolescente española. Sin embargo, es necesario realizar un estudio más completo de su estructura factorial con el fin de establecer conclusiones sobre su adecuación en dicha población.

## P.16 Déficits neuropsicológicos y etiologías múltiples: un caso complejo sin resolver

*Luis Daniel Placer García<sup>1</sup>*

*Uxía López Rodríguez<sup>1</sup>*

*Jesús Martí Esquitino<sup>1</sup>*

*Beatriz Rodríguez Vega<sup>1</sup>*

*Itxaso Torrea Araiz<sup>1</sup>*

*Tamara Castellanos Villaverde<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital La Paz, IdiPAZ, Madrid**

**Introducción:** La presencia de varios problemas de salud es un factor que complica la evaluación y dificulta identificar un perfil neuropsicológico concreto. Se presenta un caso complejo con múltiples problemas de salud cuyas dificultades cognitivas presentan interesantes incongruencias, y difícilmente pueden atribuirse a una causa concreta. **Método:** estudio descriptivo de caso único en el que se evalúa el perfil neuropsicológico de una mujer de 61 años con diagnósticos de fibromialgia, fatiga crónica, insomnio y síndrome ansiosodepresivo. Toma bromazepam, tramadol y mirtazapina. Se utilizaron las siguientes pruebas: BS, CN y Dígitos de WAIS-IV, ML y SS de WMS-IV, FAS, TAVEC, WCST, CPT3, TMT, SCWT, BDI y MBI. **Resultados:** Los resultados mostraron dificultades significativas en las funciones cognitivas de velocidad de procesamiento, atención sostenida, fluidez verbal, memoria a corto y largo plazo y reconocimiento, y puntuaciones elevadas en BDI y MBI. Las funciones ejecutivas están en su mayor parte conservadas, así como la comprensión verbal. Las dificultades se mantuvieron estables desde el último año. **Discusión:** Este perfil cognitivo presenta incongruencias difíciles de explicar: peor recuerdo con claves que sin ellas, dificultades en funciones básicas como velocidad de procesamiento o atención sin afectación en funciones superiores como categorización o planificación y mayor afectación en reconocimiento que en recuerdo. Además, discrepa con los perfiles de dificultades en fibromialgia, fatiga crónica, depresión, burnout, deterioro frontotemporal o subcortical y consumo de benzodiazepinas. También se descartó la influencia de factores disociativos o fatiga durante las pruebas, y se decidió solicitar pruebas de neuroimagen.

## P.17 Diagnóstico diferencial del Trastorno Neurocognitivo Mayor asociado a Depresión: Estudio de caso

*Tamara Castellanos Villaverde<sup>1</sup>*

*Raquel Bendala Estrada<sup>1</sup>*

*Luis Daniel Placer García<sup>1</sup>*

*Itxaso Torrea Araiz<sup>1</sup>*

*Anna Svintitckaia<sup>1</sup>*

*Jesús Martí Esquitino<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Madrid**

**Introducción:** La literatura científica describe alta variabilidad en la gravedad de la disfunción cognitiva en depresión. Esta disfunción podría persistir tras la mejoría de la clínica afectiva (Bosaipo, Foss, Young y Juruena, 2017). Un adecuado diagnóstico diferencial con diversas afecciones neurológicas y la consideración de la función cognitiva resultan fundamentales en la intervención clínica. El objetivo del presente estudio es aportar datos del perfil neuropsicológico de una paciente con diagnóstico de depresión con grave afectación cognitiva. **Método:** Estudio descriptivo de caso único de paciente con diagnóstico de Depresión evaluada en el Hospital La Paz en 2018. Las pruebas se seleccionaron en base a los déficits cognitivos descritos en la literatura: funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento, memoria verbal y atención. Así como, funciones relevantes al diagnóstico diferencial (memoria visual, memoria de trabajo, estimación capacidad previa). **Resultados:** Se analizó el perfil neuropsicológico de una mujer de 53 años, con estudios universitarios con diagnóstico de Depresión Mayor con inicio en 2017, que presentaba quejas cognitivas multidominio, alteración del funcionamiento diario y sin hallazgos patológicos significativos en resonancia magnética craneal. Se encontraron alteraciones significativas (1,5-3 desviaciones típicas) en: funciones ejecutivas, memoria, atención y velocidad de procesamiento. **Discusión:** Los resultados muestran un deterioro congruente con el diagnóstico de Trastorno Neurocognitivo Mayor, cuyo perfil coincide con los déficits asociados a Depresión. Se pone de relevancia la necesidad del trabajo en un equipo multidisciplinar, procurando un adecuado diagnóstico diferencial respecto a otras condiciones que permita desarrollar estrategias de intervención adecuadas respecto a las dificultades cognitivas y funcionales.

## P.18 Efectos a largo plazo de las vivencias traumáticas sufridas en la infancia

*Raúl Cuesta Arenas<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Psicólogo Interno Residente (Hospital 12 de Octubre, Madrid)**

**Introducción:** La vivencia de experiencias traumáticas en la infancia afecta en un periodo sensible para el desarrollo de estrategias de autorregulación. Nuestro objetivo es comprobar la asociación entre la vivencia de experiencias traumáticas en la infancia y el desarrollo de psicopatología en la adultez. Clarificar el grado particular en el que la vivencia de ciertas experiencias traumáticas se asocia con el desarrollo de psicopatología. Se espera encontrar un importante grado de asociación entre experiencias traumáticas y el desarrollo de psicopatología y/o disfuncionalidades en la adultez. **Método:** Se realizó un estudio transversal, exploratorio y descriptivo. La muestra de 70 sujetos, pacientes de Salud Mental, seleccionados de manera no aleatoria. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y un cuestionario de trauma ad-hoc para la medición de situaciones traumáticas. Para recoger la psicopatología se empleó el cuestionario MMPI-2Rf. **Resultados:** Vivir una experiencia traumática en la infancia está asociado significativamente ( $p < .05$ ) con alteraciones psicopatológicas emocionales, cognitivas y biofisiológicas, siendo esta asociación particular y dependiente del tipo de experiencia traumática. Existe una asociación significativa ( $p < .05$ ) entre vivir experiencias traumáticas y la disfunción de las relaciones interpersonales y el paso a un intento autolítico. **Discusión:** Vivir una experiencia traumática en la infancia es un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología y de diversos grados de disfuncionalidad en la adultez. Sin embargo, no todas las personas que sufren experiencias traumáticas en la infancia desarrollan la misma psicopatología. Una experiencia de abuso sexual está asociada a quejas y trastornos más vinculados al cuerpo frente a experiencias de negligencia y/o maltrato.

## P.19 Efectos a largo plazo e implicaciones psicopatológicas de los estilos de apego

*Raúl Cuesta Arenas<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Psicólogo Interno Residente (Hospital 12 de Octubre, Madrid)**

**Introducción:** Los estilos de apego adultos pueden explicar la manera de vincularse en la adultez. Nuestro objetivo es comprobar la asociación entre el estilo de apego con el que los sujetos se vinculan y la presencia de psicopatología en la adultez. Se espera encontrar un importante grado de asociación entre los estilos de apego y la presencia de psicopatología y/o disfuncionalidades en diversas áreas en la adultez. **Método:** Se realizó un estudio transversal, exploratorio y descriptivo. La muestra cuenta con 70 sujetos, pacientes de Salud Mental, seleccionados de manera no aleatoria. Se utilizaron cuatro cuestionarios para explorar el estilo de apego además de un cuestionario sociodemográfico. Para la medición de la Psicopatología se empleó el cuestionario MMPI-2Rf y una medida subjetiva de su profesional de referencia. **Resultados:** Los resultados muestran cómo el estilo de apego está significativamente asociado ( $p < .05$ ) con la presencia de psicopatología como “desesperanza”, “ansiedad”, “alteraciones emocionales”, “ideación autolítica”, etc... Por otro lado, se observa una asociación entre los estilos de apego y otras áreas de interés psicológico como la presencia de intentos autolíticos y la disfuncionalidad en las relaciones de pareja en la adultez. **Discusión:** El estilo de apego con el que una persona se vincula es una entidad que se extiende más allá de la infancia y que también tiene vigencia e implicaciones en la adultez. Atendiendo a la teoría del apego, la formación de esquemas de sí mismo y de los otros, así como la adquisición de estrategias de regulación disfuncionales estarían asociadas a los estilos de apego.

## P.20 “El Ecosistema de la Vida”: Un programa de intervención para la mejora de la regulación emocional en niños

*Juan Miguel Fluja Contreras<sup>1</sup>*

*Lidia Cobos<sup>2</sup>*

*Inmaculada Gómez<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Universidad de Almería | <sup>2</sup>Delegación de Educación, Junta de Andalucía**

**Introducción:** Este trabajo tiene como objetivo comprobar la efectividad preliminar de una intervención en regulación emocional a través de un protocolo de basado en técnicas de terapia de tercera generación, concretamente, terapia de Aceptación y Compromiso, Mindfulness y terapia Dialéctico Comportamental en niños. **Método:** Se sigue un diseño de serie de casos, en el que participaron 5 niños con edades comprendidas entre 8 y 10 años. Para evaluar los efectos de la intervención se empleó la Escala de Tolerancia a la Frustración, la Escala de Conciencia Emocional y el Cuestionario de Dificultades de Fortalezas. Estas medidas se tomaron como línea base, en el post tratamiento y como medida de proceso. La intervención tuvo una duración de 10 sesiones de una hora y media cada una con frecuencia quincenal. A lo largo de estas sesiones se realizaron ejercicios de manera experiencial a través del juego basadas principalmente en tres ejes de intervención: (1) la atención plena de las emociones y conciencia emocional, (2) la toma de perspectiva y la regulación emocional como habilidades para el control de la impulsividad, y (3) la aceptación y la tolerancia al malestar. **Resultados:** Los resultados de la intervención muestran cambios estadísticamente significativos en la tolerancia a la frustración y en problemas conductuales. **Discusión:** Los resultados de este trabajo muestran que los ejercicios y metáforas derivados de las terapias de tercera generación pueden resultar útiles para la intervención en regulación emocional en niños.

## P. 21 El estigma hacia la enfermedad mental en el ámbito universitario: el papel del contacto previo con la enfermedad mental

Antonio Chaves-García<sup>1</sup>

Sandra Arnáez<sup>1</sup>

Gemma García-Soriano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitat de València

**Introducción:** El estigma asociado a la enfermedad mental constituye actualmente una de las principales barreras para buscar ayuda terapéutica, siendo la población joven un grupo vulnerable a presentar estereotipos y prejuicios hacia el enfermo mental. El objetivo del presente trabajo es: analizar los niveles de estigma hacia la enfermedad mental en estudiantes que acaban de comenzar su formación universitaria teniendo en cuenta el contacto previo con la enfermedad mental y la carrera universitaria seleccionada. **Método:** 392 estudiantes universitarios (Psicología [ $n=98$ ], Filología [ $n=142$ ], Ingeniería [ $n=152$ ] [ $M_{edad}=18,59$ ,  $DT=1,29$  años; 60.2% mujeres]) completaron al inicio del primer curso la escala Attribution Questionnaire-27 (AQ-27) sobre estigma social hacia las personas con trastorno mental. **Resultados:** Las escalas del AQ-27 que mostraron mayores niveles de estigma fueron coacción ( $M=19,79$ ;  $DT= 4,24$ ) y evitación ( $M= 17,07$ ;  $DT= 5,34$ ). Los estudiantes con contacto previo con la enfermedad mental mostraron menores niveles de estigma (*Responsabilidad, Ira, Peligrosidad, Miedo, Coacción, Segregación, Evitación y Ayuda*;  $p<0,05$ ). En función de la carrera universitaria, y controlando el contacto previo con la enfermedad mental, se observan diferencias significativas en *Ira, Peligrosidad, Miedo, Segregación, Evitación y Ayuda* ( $p<0,05$ ). Los estudiantes de filología mostraron mayores niveles de estigma, y los de psicología mayor tendencia a la *Ayuda*. **Discusión:** En general los niveles de estigma son moderados en estudiantes universitarios, el contacto previo con la enfermedad mental contribuye a disminuir estos niveles de estigma. Por lo que el “contacto” parece un mecanismo de acción a incorporar en los programas de intervención que luchan contra el estigma.

**Agradecimientos:** Ministerio Ciencia, Innovación y Universidades [Ayuda RTI2018-098349-B-I00

## P. 22 El perfeccionismo de padres e hijos: Un enfoque transgeneracional

*Cláudia Carmo<sup>1</sup>*

*Diana Oliveira<sup>1</sup>*

*Marta Brás<sup>1</sup>*

*Luís Faísca<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Centro de Investigação em Psicologia, Universidade do Algarve, Portugal**

**Introducción:** El perfeccionismo es un rasgo de personalidad multidimensional con componentes adaptativos y mal adaptados, que se caracteriza por establecer estándares personales de rendimiento demasiado altos y autoevaluaciones demasiado críticas. La literatura incluye varios modelos explicativos para el desarrollo de este rasgo de personalidad. Parece ser unánime entre los autores que el perfeccionismo surge durante la infancia y la adolescencia, subrayando así la importancia del papel de los factores parentales en este proceso. Algunos modelos explicativos postulan que el perfeccionismo puede ser un comportamiento aprendido como resultado de las interacciones entre padres e hijos, a través del modelado o la internalización de las expectativas y críticas de los padres. La presente investigación buscó entender la relación entre el perfeccionismo de los padres y el desarrollo del perfeccionismo en niños adultos jóvenes.

**Método:** En este estudio participaron 162 estudiantes universitarios (50% mujeres) y sus padres.

**Resultados:** Los resultados apoyan la hipótesis de que los niños desarrollan el perfeccionismo observando e imitando el perfeccionismo de los padres y sugieren que también hay otras formas de desarrollar este rasgo de personalidad. Los datos también nos permitieron observar una contribución diferente de los padres en el desarrollo del perfeccionismo de los niños, según el sexo, proponiendo que, por un lado, los niños desarrollen tendencias perfeccionistas adaptativas para la identificación con el padre del mismo sexo (cuidador del mismo sexo); Por otro lado, el perfeccionismo inadaptado también parece desarrollarse a través de la influencia materna (la principal hipótesis del cuidador).

**Palabras clave:** perfeccionismo adaptativo e inadaptativo, perfeccionismo parental.

## P.23 El uso de opiáceos en dolor crónico: desarrollo de un caso

*Xènia Fernández Álvaro<sup>1</sup>*

*Lucas Narambuena<sup>1</sup>*

*Sandro García Pla<sup>1</sup>*

*Domingo Madrid García<sup>1</sup>*

*Jose Alberto Moreno González<sup>1</sup>*

*María del Mar Caballero Sánchez<sup>1</sup>*

*Marta García Martínez-Lozano<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital Vega Baja, Orihuela, Alicante**

**Introducción:** El dolor crónico, aquél que está presente más de seis meses después de la lesión que lo provocó o que está asociado a una enfermedad crónica, es una patología con grandes consecuencias psicosociales para quien lo padece y para su entorno. Muchos pacientes con este tipo de dolor requieren tratamiento farmacológico, en ocasiones opioides. El uso de estos fármacos es controvertido, y actualmente ha aumentado la literatura que alerta de los problemas que pueden derivarse del tratamiento con opioides, sobre todo a largo plazo, destacando el posible mal uso, abuso y el riesgo de desarrollar adicción. En este trabajo se presenta el caso de una mujer de 50 años que desarrolló una dependencia a opiáceos a raíz de sufrir una pancreatitis crónica (y posteriores diagnósticos de artritis reumatoide y fibromialgia) tratada con dichos fármacos, con el objetivo de exponer el manejo terapéutico que se llevó a cabo, además de ampliar la literatura existente sobre esta doble problemática. El tratamiento fue multidisciplinar, requiriendo ajustes y seguimiento farmacológico, tratamiento psicológico, con técnicas motivacionales y cognitivo-conductuales, y la activación de otros dispositivos asistenciales, para conseguir las metas terapéuticas de desintoxicación, deshabitación, consolidación y generalización. **Resultados:** Los resultados fueron positivos, lográndose las metas terapéuticas y consiguiendo una mejor funcionalidad de la paciente, que actualmente se encuentra en seguimiento por nuestra unidad. **Discusión:** Del caso se desprende la adecuación de este tipo de manejo terapéutico para la dependencia a opioides en pacientes con dolor crónico, pero se requiere más investigación en este sentido.

## P.24 Estado cognitivo y funcional en el Síndrome Lennox-Gastaut adulto, a propósito de un caso

*Itxaso Torrea Araiz<sup>1</sup>*

*Gloria Navarro Oliver<sup>1</sup>*

*Tamara Castellanos Villaverde<sup>1</sup>*

*Luis Daniel Placer-García<sup>1</sup>*

*Raquel Bendala-Estrada<sup>1</sup>*

*Jesús Martí Esquitino<sup>2</sup>*

**<sup>1</sup>Especialista Psicología Clínica, Hospital Universitario La Paz |**

**<sup>2</sup>Psicólogo Clínico Adjunto en el Hospital Universitario La Paz**

**Introducción:** El síndrome Lennox-Gastaut es una encefalopatía epiléptica crónica de inicio en la infancia que cursa con discapacidad intelectual. Se presentan los resultados de la evaluación del estado cognitivo y funcional de un caso. **Método:** Diseño de caso único del perfil neuropsicológico y funcional de una mujer de 40 años, derivada a consulta del Hospital Universitario La Paz en 2019 y evaluada por residentes de psicología clínica. Se midieron funciones cognitivas, nivel de autonomía personal y calidad de vida (Screening La Paz, MOCA Test, Purdue Pegboard Test, RBMT, Test de Boston para afasias, escalas de Lawton y Brody, Barthel y EQ-5D) en 2 sesiones consecutivas de hora y media de duración en compañía de un familiar. **Resultados:** El estudio muestra gran afectación de todos los dominios cognitivos, dependencia leve para actividades básicas (Índice Barthel PD:65/100) y total para instrumentales (Escala Lawton y Brody PD:1/8) de la vida diaria, estando su calidad de vida muy comprometida. Los resultados podrían estar relacionados con la discapacidad intelectual previa, a la que se le ha añadido una pérdida de capacidades y funcionalidad coincidiendo con el empeoramiento de la epilepsia que podría corresponder con un Trastorno Neurocognitivo Mayor. **Discusión:** El resultado de la evaluación corresponde con el perfil descrito en la literatura científica en relación a personas que presentan múltiples tipos de crisis y un comienzo temprano del síndrome. Sería necesario realizar más estudios neuropsicológicos evolutivos que pudieran arrojar datos para implementar estrategias de rehabilitación y apoyo eficaces que mejoraran la funcionalidad y calidad de vida en estos pacientes.

## P.25 Estilos de Apego en pacientes con Fibromialgia

*Daniela Echenique Álvarez<sup>1</sup>*

*Inmaculada Lara Espejo<sup>1</sup>*

*Emma Torrenova Sanz<sup>1</sup>*

*Raquel Coves Guillén<sup>1</sup>*

*Encarnación Gonzalez Herrero<sup>1</sup>*

*María Vizcarro Fa<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Residente de Psicología Clínica en Hospital General Universitario de Elche**

**Introducción:** la finalidad del estudio es describir el estilo de apego predominante en una muestra de pacientes diagnosticadas de fibromialgia atendidas en el servicio de Psicología de Salud Mental. **Método:** se realizó un estudio descriptivo-transversal. La muestra estuvo conformada por 17 pacientes las cuales recibieron tratamiento psicológico individual en salud mental. Todas ellas fueron diagnosticadas de fibromialgia por parte del servicio de Reumatología (CIE-10). La evaluación del estilo de apego se realizó a través de la administración del *Cuestionario Apego Adulto*(CAA); éste evalúa 4 dimensiones afectivas (baja autoestima, resolución hostil de conflictos, expresión de sentimientos y autosuficiencia) y establece 4 tipologías de apego (temeroso-hostil, preocupado, seguro y evitativo). **Resultados:** a partir del análisis de la muestra se observa que el 94% de las pacientes presenta un estilo de apego inseguro, siendo el temeroso-hostil el más frecuente (35,3%), seguido del apego preocupado (29,4%) y evitativo (29,4%). En cuanto a las dimensiones afectivas del cuestionario, se observa que las pacientes presentan una baja autoestima (88,2%), baja capacidad para expresar sus emociones (87%), autosuficiencia emocional (76%) y resolución hostil de conflictos (64%). **Discusión:** de acuerdo con los resultados obtenidos, se puede afirmar que el estilo de apego inseguro es el predominante en esta muestra de pacientes con fibromialgia, lo cual coincide con estudios previos. Sería interesante que las futuras investigaciones profundicen en el peso del estilo de apego como factor de riesgo para el desarrollo y la evolución de la fibromialgia.

## P.26 Estrés parental y resiliencia en padres de hijos con trastornos del neurodesarrollo

*Ruben Cara García<sup>1</sup>*

*Pilar Madueño Cobo<sup>1</sup>*

*Juan Miguel Fluja Contreras<sup>2</sup>*

*Inmaculada Gómez<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Instituto de Neurorehabilitación Infantil InPaula, Almería | <sup>2</sup>Universidad de Almería

**Introducción:** El objetivo es comprobar (1) si existen diferencias en el nivel de estrés y de resiliencia en padres de hijos con problemas del neurodesarrollo (grupo de interés clínico) y en padres con hijos con desarrollo normativo (grupo control), (2) si la duración de la intervención en el hijo modularía las otras variables en el grupo clínico y (3) comprobar la relación entre resiliencia y estrés parental. **Método:** Participaron 30 sujetos en el grupo control, el 66.67% de ellos mujeres, con una media de edad de 43.11 ( $DT= 5.35$ ) y 30 en el grupo de interés clínico, el 76.67% fueron mujeres y con media de edad 45.93 ( $DT=5.85$ ). Se aplicó la Escala de Parental PSI-SF, la Escala de Resiliencia-14 y datos sociodemográficos. **Resultados:** Los resultados mostraron una mayor interacción disfuncional entre padre e hijo en el grupo de interés clínico, además de encontrarse que la capacidad de los padres de controlar el comportamiento del hijo es capaz de predecir el malestar parental y que la aceptación de uno mismo es capaz de explicar la competencia personal. Para aquellos padres cuyos hijos habían recibido atención especializada por 5 años o más, se vio mayor resiliencia, competencia personal y aceptación de uno mismo. Para el grupo control se ha visto que la competencia personal era capaz de predecir la aceptación de uno mismo. La intervención con el hijo se relaciona con la resiliencia de los padres.

## P.27 Estudio sobre variables de personalidad en el embarazo y posparto: perfil de riesgo vs perfil de protección para la depresión y la ansiedad

Verónica Martínez Borba<sup>1</sup>

Laura Andreu<sup>1</sup>

Carlos Suso Ribera<sup>1</sup>

Jorge Osma<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Universitat Jaume I, Castellón | <sup>2</sup>ISS Aragón | <sup>3</sup>Universidad de Zaragoza

**Introducción:** determinados rasgos de personalidad como el neuroticismo y la extraversión parecen ser factores clave en la aparición de la sintomatología depresiva y ansiosa durante el periodo perinatal. Es por ello que se recomienda su evaluación durante el embarazo y posparto. Nuestro objetivo es estudiar la relación entre la personalidad y la sintomatología depresiva y ansiosa. **Método:** 151 mujeres perinatales (edad media=32.8; DT=4.5) respondieron a medidas sociodemográficas, obstétricas (riesgo embarazo) y psicológicas (personalidad, sintomatología depresiva y ansiosa) mediante la web “Mamáfeliz”. El perfil de personalidad se dividió en el subgrupo de riesgo (alto neuroticismo, baja extraversión) y de protección (bajo neuroticismo, alta extraversión). **Resultados:** no se encontraron diferencias significativas en las variables sociodemográficas ni obstétricas en función del perfil de personalidad. En el embarazo las mujeres con perfil de riesgo tuvieron mayor sintomatología depresiva ( $t=6.30$ ;  $p<.001$ ) y ansiosa ( $t=4.61$ ;  $p<.001$ ) que las mujeres con perfil de protección. La misma tendencia se observó en el posparto, el perfil de protección durante el embarazo, se asoció a menores síntomas depresivos ( $r=-.33$ ;  $p<.001$ ) y ansiosos ( $r=-.25$ ;  $p=.012$ ) tras el nacimiento del bebé. **Conclusiones:** los rasgos de personalidad desadaptativos suponen un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones emocionales perinatales. La comorbilidad entre la ansiedad y depresión, y la cronificación de la sintomatología a lo largo del embarazo y posparto, plantea la necesidad de atender los mecanismos subyacentes de regulación emocional. Protocolos basados en el tratamiento transdiagnóstico pueden ser de ayuda para tal fin.

## P.28 Evaluación de funciones ejecutivas en población con baja escolaridad: presentación de un nuevo instrumento

*Lucas Narambuena<sup>1</sup>*

*Xènia Fernández Álvaro<sup>1</sup>*

*Sandro García Pla<sup>1</sup>*

*Domingo García Madrid<sup>1</sup>*

*José Alberto Moreno González<sup>1</sup>*

*María del Mar Caballero Sánchez<sup>1</sup>*

*Marta García Martínez-Lozano<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital Vega Baja**

**Introducción:** El Trail Making Test B (TMT-B) es un test neuropsicológico que permite valorar de manera rápida varios dominios cognitivos asociados a las funciones ejecutivas. Dadas las características educativas de la población que atendemos, en ocasiones resulta imposible administrar esta prueba. Se presenta una versión alternativa de la prueba que elude esta dificultad, reemplazando las 12 letras iniciales del abecedario por los meses del año: Trail Making Test Meses (TMT-M). **Método:** Se evaluó la adecuación de esta versión en 18 hombres y 14 mujeres con edades entre 39 y 79 años (M=63; dt=9,06) derivados del servicio de Neurología del Hospital Vega Baja por sospecha de deterioro cognitivo. Se balanceó el orden de administración de las versiones. El 40,6% de los pacientes evaluados no pudieron realizar el TMT-B, mientras que sólo el 31,3% no pudo realizar el TMT-M. Además, el tiempo de ejecución medio del TMT-B fue de 171 segundos, mientras que en el TMT-M el tiempo medio de ejecución fue de 141 segundos. **Resultados:** Los resultados sugieren que la disponibilidad de una versión del TMT-B que no requiera el conocimiento del abecedario permitiría evaluar a sectores poblacionales con escolaridad baja. Además, el tiempo de ejecución y los percentiles mejoran sustancialmente en la ejecución del TMT-M. **Discusión:** se hace necesaria la baremación y validación de esta prueba en población general para poder contar con ella como alternativa al TMT-B.

## P. 29 Flexibilidad psicológica parental: Un estudio comparativo en población clínica y general

*Juan Miguel Fluja Contreras<sup>1</sup>*

*Azucena García Palacios<sup>2</sup>*

*Inmaculada Gómez<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Universidad de Almería | <sup>2</sup>Universitat Jaume I**

**Introducción:** Este estudio tiene como objetivo comprobar la relación entre la flexibilidad psicológica parental, la evitación experiencial y de pensamientos, y la satisfacción vital en población clínica, esto es padres con hijos con un diagnóstico, en comparación con población general. **Método:** La muestra está compuesta por 200 madres con edades comprendidas entre 21 y 53 años (M=37,7; DT=5,7), de las cuales el 50% conforman la muestra clínica. Para comprobar estas diferencias se empleó un Cuestionario de Aceptación Parental (6PAQ), el Cuestionario de Acción y Aceptación (AAQ-II), El Inventario de Supresión del Oso Blanco (WBST) y la Escala de Satisfacción con la Vida (SWL). **Resultados:** Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en las escalas de fusión cognitiva, evitación experiencial, pensamientos intrusivos, acciones de distracción y supresión de pensamientos, la escala total del WBST y en satisfacción con la vida. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las escalas de Cuestionario de Aceptación Parental (flexibilidad psicológica); sin embargo, para todas las escalas los padres de la muestra clínica mostraron mayor inflexibilidad psicológica. En cuanto al análisis correlacional encontramos que la inflexibilidad psicológica parental correlaciona de manera directa y significativa con la evitación experiencial y la supresión de pensamiento, tanto en población clínica como general. Igualmente, se encuentra una correlación negativa respecto a la satisfacción vital y la inflexibilidad psicológica, la evitación y la supresión de pensamientos. **Discusión:** Estos resultados pueden ser relevantes en la práctica clínica para la intervención en flexibilidad psicológica parental.

## P.30 Hábitos de sueño, malestar emocional y calidad de vida

*Marcel Elipe Miravet<sup>1</sup>*

*Beatriz Gil Juliá<sup>2</sup>*

*Jesús Castro Calvo<sup>2</sup>*

*Rafael Ballester Arnal<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universitat Jaume I | <sup>2</sup>Universitat de València

**Introducción:** Cada vez es más frecuente encontrar personas con dificultades relacionadas con el sueño. Los problemas de la vida diaria, el estrés en el trabajo o los problemas familiares suelen ser las causas más frecuentes del insomnio, trastorno que provoca en líneas generales insatisfacción con la cantidad/calidad del sueño, dificultando que la población consiga un descanso reparador. El presente estudio tiene como objetivo explorar los hábitos de sueño, además de averiguar cómo el malestar emocional afecta a estos hábitos y a la calidad de vida.

**Método:** Para ello se utilizó una muestra de 1.264 personas, 844 mujeres (66,8%) y 420 hombres (33,2%) de entre 18 y 22 años. **Resultados:** El 90% de la muestra reconoce que duerme entre 5 y 8 horas, pero solamente el 55,1% reconoce que estas horas de sueño le permiten descansar. Por su parte, el 37,4% refiere tener problemas para dormir, siendo las preocupaciones diarias la causa más común del insomnio. Entre las opciones para intentar conciliar el sueño, destaca navegar por internet. Por sexos, las mujeres son las que más dificultades tienen para dormir ( $p=,009$ ). Por su parte, las personas que experimentan con regularidad ansiedad ( $p=,001$ ), estrés ( $p=,001$ ) y se sienten deprimidas habitualmente ( $p<,001$ ) tienden a dormir menos, y presentan más problemas para dormirse ( $p<,009$ ). Finalmente, aquellos que duermen poco, tienen problemas para dormir, no descansan lo suficiente y reportan peor calidad de vida ( $p<,001$ ). **Discusión:** Todo ello enfatiza la importancia del descanso diario, especialmente en edades tempranas, pues de ello depende nuestro bienestar físico y mental.

## P.31 Aplicación del protocolo unificado de tratamiento transdiagnóstico en un caso de hidrosadenitis

Gómez, M.J.<sup>1</sup>

Muriel, P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Salud Mental. Hospital Neurotraumatológico. Complejo Hospitalario de Jaén

**Descripción del caso:** La hidrosadenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica que causa la formación de nódulos dolorosos en zonas cutáneas con gran densidad de glándulas sudoríparas. Estos nódulos suelen aparecer en áreas donde se produce el roce de la piel como las axilas, ingles, región perineal y submamaria, entre otras, siendo la enfermedad dermatológica con mayor impacto en la calidad de vida. Las personas que la padecen suelen presentar una grave afectación de su bienestar emocional y de su vida diaria siendo frecuente la aparición de síntomas de ansiedad, depresión y aislamiento social. Las guías clínicas de la enfermedad recomiendan el manejo de la sintomatología ansioso depresiva en los individuos que la padecen. A continuación, se presenta el caso de una joven con HS que tras el surgimiento de la enfermedad fue derivada a salud mental por presentar ansiedad, irritabilidad y rabia, tristeza, preocupación al no poder desempeñar su trabajo junto con síntomas de aislamiento social y afectación de la esfera sexual.

**Intervención:** Al ser la ansiedad y depresión síntomas comórbidos en el proceso de enfermedad de la paciente, se pensó que la aplicación del Protocolo Unificado del Tratamiento Transdiagnóstico, al centrarse en factores comunes que subyacen a los trastornos emocionales y al abordar un conjunto amplio de problemas, sería una intervención eficaz.

**Resultados:** La aplicación del protocolo en la paciente produjo una reducción significativa de los síntomas de ansiedad y depresión, así como un aumento del bienestar emocional, el proceso de enfermedad y la calidad de vida.

**Palabras claves:** hidrosadenitis supurativa, ansiedad, depresión, protocolo unificado.

## P.32 Influencia de variables psicológicas en el proceso de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, proyecto de investigación en el Hospital Universitario La Paz

*Itxaso Torrea Araiz<sup>1</sup>*

*Tamara Castellanos Villaverde<sup>1</sup>*

*Marta Torrijos Zarcero<sup>2</sup>*

*Ángela Palao Tarrero<sup>3</sup>*

**<sup>1</sup>Psicóloga Interna Residente 2º año, Hospital Universitario La Paz | <sup>2</sup>Psicóloga Clínica Adjunta, Programa de Enlace con Hematología, Psicooncología y Dolor, Hospital Universitario la Paz | <sup>3</sup>Coordinadora Programa de enlace con Psicooncología y Dolor, Hospital Universitario La Paz**

**Introducción:** Examinar la influencia de variables psicológicas en las distintas fases del proceso de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) autólogo determinando los predictores psicofisiológicos más relevantes. **Método:** Se recogerán datos de aquellos pacientes que vayan a ser sometidos a TPH autólogo durante 2019 en el Hospital Universitario la Paz. La evaluación se desarrollará la semana previa al trasplante, con seguimiento a los 30 y 100 días, e incluirá escalas que evalúan nivel de distrés emocional, calidad de vida, modo de afrontamiento, capacidad de autocuidado y autocompasión, habilidad mindfulness y optimismo. Las medidas fisiológicas (diagnóstico, tipo de acondicionamiento, día de injerto, Proteína C reactiva, y reacciones adversas) y el número de días de ingreso se obtendrán de las historias clínicas. **Resultados:** Se proporcionarán datos, en términos descriptivos, y se examinará si existen diferencias en las variables psicológicas a lo largo de los diferentes momentos del trasplante. Se espera poder desarrollar un modelo predictivo de la influencia de las variables psicológicas en la recuperación del proceso de TPH (medida dicha recuperación en términos de días necesarios de ingreso hospitalario tras la infusión de progenitores hematopoyéticos), controlando las variables fisiológicas mencionadas. **Discusión:** El estrés y otros procesos psicológicos tienen una alta relación con la función inmune esencial en los procesos oncológicos por lo que resulta necesario determinar las variables relevantes en cada momento del TPH y generar estrategias de intervención psicológicas que fomenten un afrontamiento positivo, mejoren la calidad de vida y faciliten la recuperación.

## P.33 Interferencia atencional inducida por la pornografía, las series de TV y los videojuegos: relación con el grado de severidad

Castro-Calvo, J<sup>1</sup>

Gil-Juliá, B<sup>1</sup>

Cervigón-Carrasco, V<sup>2</sup>

Elipe-Miravet, M<sup>2</sup>

Giménez-García, C<sup>2</sup>

Ballester-Arnal, R<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat de València |

<sup>2</sup>Dpto. de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I de Castelló

**Introducción:** de forma cada vez más notable, las adicciones comportamentales están tomando el relevo a las tóxicas en cuanto a relevancia sociosanitaria. Reconociendo esta problemática, la última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-11) reconoce la adicción a videojuegos y la conducta sexual compulsiva como cuadros clínicos de pleno derecho. Asimismo, la irrupción de plataformas como Netflix o HBO está haciendo que se replantee si otros comportamientos hasta el momento considerados simples formas de entretenimiento (como el visionado de series de TV), serían también susceptibles de sobrevenir adictivos. Partiendo de un paradigma de psicopatología experimental basado en la *cue reactivity*, el objetivo de este trabajo fue analizar si el grado de interferencia cognitiva provocada por la exposición a estímulos susceptibles de sobrevenir adictivos (en este caso, la pornografía, los videojuegos y las series de TV) correlacionaba con distintos indicadores de consumo excesivo y problemático. **Método:** a tal fin, 58 personas (55.17% mujeres) completaron una tarea experimental donde se evaluó la interferencia atencional (incremento en los tiempos de reacción respecto a la condición control) cuando una tarea *stroop* se realizaba de forma concurrente al visionado de un vídeo pornográfico, una serie y un videojuego. **Resultados:** Los resultados indican correlaciones de una magnitud elevada entre el grado de interferencia y distintos indicadores de consumo normal y problemático (p.e.,  $r$  de .273 entre la interferencia inducida por los videojuegos y la frecuencia de uso). **Discusión:** Estos resultados se discuten en cuanto a su aportación a la comprensión de distintas adicciones comportamentales.

## P.34 Estudio sobre el estado emocional y el consumo de tabaco y alcohol en mujeres embarazadas

*Laura Andreu<sup>1</sup>*

*Verónica Martínez Borba<sup>1</sup>*

*Jorge Osma<sup>2,3</sup>*

*Carlos Suso Ribera<sup>1</sup>*

*Elena Crespo<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universitat Jaume I Castellón | <sup>2</sup>ISS Aragón | <sup>3</sup>Universidad de Zaragoza

**Introducción:** el consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo produce consecuencias negativas en el feto por lo que, desde los recursos sanitarios, se han desarrollado programas de deshabituación centrados en la etapa prenatal. Nuestro objetivo es explorar el consumo de tóxicos en mujeres embarazadas, así como su relación con síntomas depresivos y ansiosos.

**Método:** a través de la web “*Mamáfeliz*” se evaluó el consumo de tabaco y alcohol, depresión y ansiedad en 151 mujeres embarazadas (edad media=32.8; DT=4.5). **Resultados:** el 34.7% de las mujeres fumaban antes del embarazo, mostrando mayor sintomatología depresiva ( $t=-2.37$ ;  $p=.019$ ) que las que no lo hacían. El 12.8% de las mujeres, no cesó el consumo durante el embarazo, con un hábito de 0-5 cigarrillos/semana (52.8%). Las mujeres que fumaron durante el embarazo, tuvieron mayor depresión ( $t=-2.43$ ;  $p=.022$ ), ansiedad rasgo ( $t=-2.30$ ;  $p=.022$ ) y estado ( $t=-2.09$ ;  $p=.045$ ) prenatal. En cuanto al alcohol, el 56.3% de las mujeres era consumidora antes del embarazo. Durante el embarazo, solo el 3.9% de las mujeres consumieron alcohol, todas con una frecuencia de 0-5 veces/semana. No se encontraron diferencias significativas en depresión ni ansiedad en función del consumo de alcohol. **Discusión:** el embarazo es una etapa vital importante para promover hábitos saludables, prueba de ello es la reducción del consumo de tóxicos en nuestra muestra. Dada la resistencia a la deshabituación tabáquica, y su relación con una peor salud mental, futuros programas de atención al embarazo deberían incluir un componente de hábitos saludables centrados sobre todo en el consumo de tabaco.

## P.35 Psicología Clínica en Atención Primaria: análisis descriptivo de las demandas de la población y su respuesta al tratamiento

*Diego Carracedo Sanchidrián<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Hospital La Paz, IdiPaz, Madrid

**Introducción:** El 30% de las personas atendidas en Atención Primaria (AP) presenta algún tipo de queja relacionada con su salud mental. Se analizan estas demandas y su abordaje desde la Psicología Clínica. Nuestro objetivo es ilustrar el tipo de población que es atendida en AP, la psicopatología que presenta y su respuesta al tratamiento. **Método:** Análisis descriptivo de una muestra de 34 pacientes derivados a Psicología Clínica en AP. **Resultados:** De un total de 34 pacientes, el 17,65% no acudió a la primera consulta. El resto fue atendido por un Psicólogo Interno Residente (supervisado por un Psicólogo Clínico) en encuadre semanal de sesiones individuales de 50 minutos, durante 10 semanas. Se siguió una versión adaptada del Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Barlow et al. 2015). El diagnóstico más frecuente fue trastorno adaptativo (44%), seguido de ansiedad (16%) y estado depresivo (12%). Un 8% de los pacientes recibió la indicación de no tratamiento. Tras las 10 semanas de tratamiento, un 23,5% fue derivado a un Centro de Salud Mental, un 17,5% fue derivado a terapia grupal cognitivo-conductual. El 59% restante se encontraba en remisión total o parcial de síntomas y cursó alta. **Discusión:** Los problemas y trastornos mentales son frecuentes y pueden suponer un considerable grado de incapacidad y sufrimiento cuando se cronifican. Una intervención psicoterapéutica breve, de 10 sesiones, se ha mostrado útil para lograr la remisión sintomática en muchos de los casos, así como suponer una primera fase de tratamiento para aquellos casos más graves.

## P.36 Psiconeuroendocrinología de la Fibromialgia y la exposición a eventos traumáticos. Revisión bibliográfica

*Virginia Perez Navarro<sup>1</sup>*

*Marta Sanchez Amores<sup>1</sup>*

*Belén Rodado León<sup>1</sup>*

*Ana García Carpintero<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Residente 2 de Psicología Clínica, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos, Madrid**

**Introducción:** La Fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor músculo-esquelético crónico, que en la actualidad presenta una etiología desconocida. La investigación la ha relacionado recientemente con una hipoadactivación del eje neuroendocrino del estrés, el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, que también está presente de forma similar tras experiencias traumáticas y en el diagnóstico de Trastorno de Estrés Posttraumático. Se ha sugerido que el estrés elevado derivado de este tipo de sucesos, así como el estrés crónico, produce una desregulación de este eje. **Método:** Esta revisión explora estudios que han medido la prevalencia de experiencias traumáticas en pacientes con Fibromialgia en comparación con la población normal. **Resultados:** Los resultados muestran una asociación entre el diagnóstico de Fibromialgia y diversos tipos de experiencias traumáticas. Sin embargo, no existe acuerdo entre los estudios de la revisión acerca de qué tipo de trauma está relacionado con la enfermedad. El Trastorno de Estrés Posttraumático también se muestra asociado a la Fibromialgia. **Discusión:** La comorbilidad entre estos dos sucesos, y la desregulación del eje neuroendocrino del estrés en la fibromialgia, sugieren que el estrés crónico y la exposición a eventos traumáticos podrían formar parte del mecanismo etiopatogénico de la Fibromialgia.

## P.37 Recuperación cognitiva, emocional y funcional tras un traumatismo craneoencefálico: a propósito de un caso

*Marina Labzina<sup>1</sup>*

*Diego Carracedo Sanchidrián<sup>1</sup>*

*Anna Svintitckaia<sup>1</sup>*

*Jesús Martí Esquitino<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital Universitario la Paz**

**Introducción:** La prevalencia de alteraciones emocionales en pacientes con Traumatismo Craneoencefálico (TCE) es variable, pero se estima entre el 51-84% de los casos durante los 3 primeros meses. Los pacientes con TCE con lesiones focales tienen mejor pronóstico de recuperación funcional y cognitiva. Nuestro objetivo es analizar el rendimiento cognitivo y el proceso de recuperación de una mujer de 27 años tras un TCE. **Método:** Estudio descriptivo de caso único de mujer de 27 años, con rendimiento premórbido medio-alto, que sufrió un TCE por atropello, con afectación fronto-parieto-temporal izquierda y politraumatismos. Evaluada en la consulta de neuropsicología del Hospital la Paz en diciembre de 2018 tras 16 semanas de recuperación. Instrumentos: entrevista semiestructurada screening HULP (orientación, praxias, habilidades visoespaciales, cálculo, memoria y funciones ejecutivas: inhibición, planificación, razonamiento), Test de Poppelreuter, Token Test, Test de fluidez verbal (COWAT-FAS), Trail Making Test (TMT) y Continuos Performance Test – 3 (CPT-III). **Resultados:** los resultados indican un funcionamiento normal en orientación, atención, gnosis, praxias, habilidades visoespaciales, lenguaje, memoria y funciones ejecutivas. Se detectó un ligero enlentecimiento en velocidad de respuesta (CPT-III: Tiempo de reacción T=62). **Discusión:** A pesar de la gravedad del TCE en su momento agudo y del elevado impacto emocional inicial (que requirió de atención por Psicología Clínica), la paciente mostró una rápida recuperación, logrando un funcionamiento cognitivo prácticamente normal tras 16 semanas de convalecencia, remisión de la clínica emocional e incorporación laboral 9 meses tras el TCE.

## P.1 A la muerte ni temerla ni buscarla, hay que esperarla: Obsesión y ansiedad por la muerte, autoestima y apoyo social percibido según variables sociodemográficas

Javier Ibáñez Vidal<sup>1</sup>

Alberto Gracia Agudo<sup>1</sup>

Noelia Ferrer Ver<sup>1</sup>

Yaiza Senar Gutiérrez<sup>1</sup>

Ruth Gimeno del Val<sup>1</sup>

Olga Elbaile Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza

**Introducción:** La muerte es un tema tabú que afecta a nuestras vidas, dependiendo de cómo nos enfrentemos a ella y qué pensamientos tengamos puede generar ciertas problemáticas. El presente estudio aborda la muerte desde la obsesión y la ansiedad que ella suscita, con el objetivo de estudiar cómo le influyen la autoestima, el apoyo social y diversas variables sociodemográficas. **Método:** La muestra fue de 302 personas de diversas edades, género, estado civil, número de hijos y grado de religiosidad, que completaron los cuestionarios en línea o en formato papel. **Resultados:** Los resultados muestran que la obsesión y la ansiedad por la muerte son constructos muy relacionados, en los que puntúan más alto los hombres y las personas viudas. Sin embargo, no se encuentran diferencias en función de la edad y el nivel de religiosidad. La autoestima predice mayores niveles tanto de obsesión por la muerte como de ansiedad ante la muerte; y el apoyo social, predice menores puntuaciones en obsesión por la muerte. **Discusión:** se destaca la importancia que el apoyo social puede tener en personas viudas, y la necesidad de que la investigación profundice en la influencia del contexto en ambos constructos y de rescatar el estudio cualitativo para su mejora, principalmente en población anciana.

## P.2 Abordaje de un Primer episodio psicótico a través de la escritura terapéutica

*Francisca Muriel Blanco<sup>1</sup>*

*Laura Díaz-Hellín Ramos<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Complejo Hospitalario de Jaén**

**Descripción del caso:** Varón de 19 años atendido en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Complejo Hospitalario de Jaén en octubre de 2018. El motivo de hospitalización fue que el paciente refería creencias delirantes acerca de que su familia lo estaba envenenando y que querían hacerle daño, además de otras creencias de persecución. Se evidenciaba un aspecto desaliñado y un discurso prolijo y en ocasiones desorganizado. Se objetivaba pérdida de peso debido a la restricción de alimentos por temor a que lo envenenaran. Presentaba consumo de cannabis y un seguimiento irregular en el Equipo de Salud Mental Comunitaria, así como en varias ocasiones conductas heteroagresivas en el contexto familiar. Durante las entrevistas mantenidas con él se muestra autorreferencial y al estudiar su personalidad se evidencia un Trastorno de personalidad Esquizotípico. Refiere una historia personal de bullying. El contexto familiar se caracteriza por ser el hijo menor de padres divorciados, después del divorcio comenzó a vivir con la madre y hermana mayor, pero a raíz de problemas de agresividad se fue a vivir con el padre que había sido denunciado en el pasado por violencia de género.

**Intervención:** Trabajó conjuntamente Psiquiatría y Psicología Clínica, tanto a nivel individual como grupal. En las consultas individuales se trabajó por medio de la escritura, ya que al paciente le gustaba escribir y a menudo se expresaba mejor por este medio. El trabajo psicoterapéutico consistió en ir elaborando a través de la escritura aspectos de su psicobiografía y en ayudarlo a canalizar sus emociones.

## P.3 Anorexia Nerviosa: ¿Síntoma o Trastorno?

*Xenia Fernandez Alvaro<sup>1</sup>*

*Sandro García Pla<sup>1</sup>*

*Domingo Madrid García<sup>1</sup>*

*Lucas Narambuena<sup>1</sup>*

*Jose Alberto Moreno González<sup>1</sup>*

*María del Mar Caballero Sánchez<sup>1</sup>*

*Marta García Martínez-Lozano<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital Vega Baja, Alicante, Orihuela**

**Introducción:** La anorexia nerviosa es un trastorno muy prevalente, especialmente en mujeres jóvenes. Su incidencia ha aumentado en los últimos años, sobre todo en los países más desarrollados. Padecer este trastorno comporta toda una serie de síntomas, tanto físicos como psicológicos, que requieren un tratamiento interdisciplinar, puesto que el curso suele ser crónico si no se trata y está asociado a altos niveles de mortalidad. Es necesario hacer una buena formulación del caso clínico, para seleccionar el abordaje más adecuado. **Método:** En el presente trabajo se presenta una comparativa de dos casos de mujeres diagnosticadas de anorexia nerviosa cuya presentación sintomatológica y curso evolutivo son diferentes. La presentación del primer caso permite considerar el diagnóstico de anorexia nerviosa como trastorno primario, mientras que en el segundo caso la sintomatología de anorexia se presenta como un síntoma de otro complejo sindrómico primario, en concreto, un cuadro reactivo de tipo afectivo. **Resultados:** el tipo de abordaje seleccionado y los recursos asistenciales activados fue diferente, siendo necesarios en el primero varios ingresos hospitalarios y seguimiento continuado psicológico y psiquiátrico, con especial incidencia en el trabajo de su conciencia de enfermedad, mientras que en el segundo el abordaje psicológico y psiquiátrico tuvo especialmente en cuenta la sintomatología afectiva y la situación vivida. **Discusión:** De la comparativa se desprende la necesidad de explorar adecuadamente la sintomatología de anorexia, y hacer la distinción entre trastorno primario y secundario, para poder adaptar el abordaje en consecuencia.

## P.4 Aplicación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en un Centro de Salud Mental de Álava

*Noelia Guallar Troncho<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Residente de Psicología del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava (HUA), Sede Santiago, en Vitoria-Gasteiz**

**Introducción:** Los trastornos emocionales se encuentran entre los problemas mentales más frecuentes. Desde el Protocolo Unificado Transdiagnóstico de Barlow se sostiene que comparten un déficit en las habilidades de regulación emocional. El objetivo del estudio es comprobar la eficacia de éste sobre la sintomatología ansioso-depresiva y la calidad de vida.

**Método:** Fueron incluidos 11 pacientes del CSM de Zabalgana (Vitoria). La intervención incluyó 12 sesiones grupales y semanales de dos horas. Se realizaron evaluaciones pre-tratamiento, post-tratamiento, a los 3,6 y 12 meses. Se administraron las escalas: BDI-II, BAI, OASIS, ODSIS y QLI. **Resultados:** Las medianas pre/post/al año fueron: BAI:23/22/8, BDI:27/16/18, QLI:4,6/6,4/5,7, OASIS:11/5/5, ODSIS:9/7/6. La única diferencia estadísticamente significativa se dio en la comparación BDI-II pre/1año. Al año, 7 fueron dados de alta. **Discusión:** Se aprecia una mejoría no estadísticamente significativa, siendo necesarios más estudios debido a las limitaciones del presente (escasa asistencia en el seguimiento de 3 y 6 meses, pequeña N, ausencia de grupo control).

## P.5 Aproximación al transdiagnóstico. Antecedentes, actualidad y retos futuros

*Inés Susín Arregui<sup>1</sup>*

*Mónica Olaran Alday<sup>1</sup>*

*Fernando Villalba Yuste<sup>1</sup>*

*Alicia Gimenez Zorraquino<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Especialista en Psicología Clínica**

En los últimos años, se ha puesto de manifiesto la crisis de los sistemas diagnósticos actuales, evidenciándose sus limitaciones, entre otras, elevada comorbilidad, pérdida de información y ausencia de supuestos etiológicos. Como respuesta a esta crisis, el NIMH se desmarca del DSM-5 y propone los RDoC, con el objetivo de identificar dimensiones patofisiológicas implicadas en distintos trastornos. Por su parte, la psicología clínica también propone dimensiones transdiagnósticas comunes a los diversos diagnósticos, poniendo el foco en lo compartido entre trastornos, en lugar de fijarse en lo específico y diferencial. Este enfoque tiene dos vertientes fundamentales, una teórica, centrada en la psicopatología, y una aplicada, de intervención psicológica. A lo largo de los años, se han ido desarrollando multitud de conceptos transdiagnósticos, partiendo de antecedentes relevantes: teoría del aprendizaje, teoría cognitiva, modelo tripartito de Clark y Watson... En la actualidad, algunas de las aportaciones transdiagnósticas más importantes son: Fairburn y los mecanismos psicopatológicos nucleares en los trastornos de la alimentación, el síndrome de afecto negativo de Barlow y cols., la regulación emocional de Aldao, la conciencia intensificada de Marino Pérez... Desde la vertiente aplicada, se han desarrollado diferentes protocolos: Tratamiento transdiagnóstico para los trastornos alimentarios de Fairburn, *Transdiagnostic Cognitive Behavioral Group Therapy* de Norton, el Protocolo Unificado de Barlow, el tratamiento transdiagnóstico por internet de Titov... Es un planteamiento útil, pues integra lo dimensional y lo categorial, avanza en la comprensión etiológica y facilita la intervención psicológica. La investigación es prometedora.

## P.6 Caso clínico: terapia de aceptación y compromiso en trastorno bipolar

*Laura Díaz-Hellín Ramos<sup>1</sup>*

*Elena Blánquez García<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>**Complejo Hospitalario de Jaén**

**Descripción del caso:** Paciente de 40 años diagnosticado de Trastorno Bipolar. Inicio de la enfermedad a los 17 años. Descompensaciones maníacas precisando ingreso hospitalario en 5 ocasiones (1992, 1995, 1998, 2007 y 2010) seguidas de períodos de ánimo subdepresivo, alcanzando la eutimia estable durante años. Los primeros años la atención desde Salud Mental fue realizada por su psiquiatra. Una vez estabilizado se inició seguimiento adyuvante por parte de psicólogo clínico. Se consiguió un mayor nivel de autonomía del paciente. Empezó a vivir solo en 2018, acudiendo a comer a la casa de los padres. **Intervención:** Se trabajó con él una planificación de actividades para favorecer una rutina cotidiana: acude 2 veces/semana a las sesiones de deporte de la Comunidad Terapéutica, y por las tardes a una asociación de enfermos mentales (APAEM). A raíz de estos avances, se empezó a trabajar desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, realizando un abordaje desde la perspectiva de los valores para mejorar la autoestima y orientar hacia la ocupación del tiempo del paciente en esa dirección, trabajando metas, acciones y barreras. **Resultados:** Como resultado, se ha obtenido una mejora en la autoestima. Ha mejorado el estado de ánimo y se ha conseguido aumentar el nivel de funcionalidad del paciente. **Discusión:** Consideramos que ha resultado fundamental la motivación, involucración y participación activa del paciente en todas las sesiones y tareas propuestas.

## P.7 Cleptomanía y Trastorno por acumulación a edad tardía: a propósito de un caso

*Francisca Muriel Blanco<sup>1</sup>*

*Laura Díaz-Hellín Ramos<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Complejo Hospitalario de Jaén**

**Descripción del caso:** Con frecuencia la prevalencia de cleptomanía es mayor en mujeres y el comienzo suele ser en torno a la adolescencia. En el caso clínico que se presenta, se trata de un varón de 57 años de edad, que ingresa en la Unidad de Hospitalización del Complejo Hospitalario de Jaén. El motivo de ingreso fue por orden judicial para una valoración psicológica, ya que había sido detenido por robo en una propiedad privada. Al comienzo refería ideas autolíticas desde hacía semanas, ruidos en su cabeza no interpretados como voces, y minimización de las conductas de robo excusándose en la enfermedad mental. La mujer que lo acompañaba refería conductas de robos de larga data de estas, con consumo perjudicial de alcohol, acúmulo de cosas en el domicilio, especialmente a raíz de la jubilación por enfermedad física. Debido a la poca contención a nivel familiar se decidió ingreso para evaluación psicológica y reajuste de tratamiento farmacológico. A lo largo de las sesiones se descartó psicopatología en la esfera psicótica. Describía las conductas de búsqueda, acúmulo y hurto como obsesiones. Solía acumular objetos sin valor con la idea de luego poder venderlos en rastrillos. Al alta reconocía su conducta como problema y lo describía como una fijación en algo, que le llamaba la atención y hasta que no lo cogía, no se quedaba tranquilo. El caso presentado ilustra un comienzo atípico de problemas de control de impulsos y otros trastornos obsesivos.

## P. 8 Comparative study of the effects of cognitive bias modification vs. exposure on obsessive beliefs and responses to aggressive impulses

*Antonia María Jiménez-Ros<sup>1</sup>*

*Ana Moreira<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidad del Algarve

**Introduction:** According with Cognitive-Behavioral models, obsessions drive from maladaptive interpretations of intrusions based on dysfunctional beliefs. Individuals act to reduce distress provoked by interpretation, but this also prevent both the disconfirmation of dysfunctional beliefs and the confirmation that anxiety would naturally decrease even if the behavior would not be performed. The most effective interventions for obsessions are the exposure therapy and the modifying dysfunctional beliefs. However, there seems to be an overlap between the changing mechanisms of these procedures. Thus, the authors aimed, in the current study, to compare the impact of the exposure therapy with the Cognitive Bias Modification Interpretation protocol (CBM-I) on obsessive-compulsive beliefs and on the response to aggressive impulses.

**Method:** Sixty non-clinical individuals who reported experiencing at least once in life an aggressive intrusion, were selected. Participants were 23.70 years old on average, mostly female and graduated. They were randomly assigned to two experimental conditions: seven sessions of CBM-I or exposure. **Results:** Results showed a decrease of obsessive compulsive (OC) beliefs after experimental manipulation in both conditions. Regarding the response to the aggressive impulse, results showed only a significant reduction of distress, over the sessions, in the exposure condition. Although both strategies seemed effective to modifying OC beliefs.

**Discussion:** A sensitization phenomenon seemed to occur whenever a new aggressive intrusion was introduced. Further investigations could study this phenomenon more accurately.

**Keywords:** CBM-I, Exposition, Obsessive-compulsive, Intrusions.

## P.9 Consecuencias funcionales de las intrusiones mentales obsesivas, dismórficas, hipocondriacas y alimentarias: un estudio en pacientes con Trastorno Obsesivo- Compulsivo

*Belen Pascual-Vera<sup>1</sup>*

*Amparo Belloch<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia, España. Unidad de Investigación y Tratamientos de Obsesiones y Compulsiones, l'TOC**

**Introducción:** Las intrusiones mentales (IM) constituyen la variante normativa de las obsesiones en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), preocupaciones por defectos en el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), imágenes sobre enfermedad en la Ansiedad por la Enfermedad/Hipocondría (AE/H), y pensamientos sobre alimentación en los Trastornos Alimentarios (TA). Este trabajo examinó, en pacientes con TOC, las similitudes y diferencias en las relaciones funcionales de los cuatro contenidos de IM, adoptando una perspectiva intra-sujeto. **Método:** 39 pacientes con TOC (Medad=32,45, DT=11.57; 63.2% hombres) completaron el Inventario de Pensamientos Intrusos Desagradables, que evalúa las relaciones funcionales (emociones, valoraciones, y estrategias de control) asociadas con IM obsesivas, dismórficas, hipocondriacas y alimentarias. **Resultados:** Las comparaciones intra-sujeto mostraron que las IM-obsesivas y las hipocondriacas fueron más molestas y egodistónicas que las intrusiones dismórficas y alimentarias (malestar emocional:  $F_{3,60}=10,269$ ; egodistonía:  $F_{3,54}=8,365$ ; todas  $p < .01$ .) Sin embargo, las intrusiones obsesivas interfirieron más y se valoraron de forma más disfuncional, que los otros tres tipos de intrusiones (interferencia:  $F_{3,30}=20,634$ ; valoraciones disfuncionales:  $F_{2,023,38,444}=10,375$ ; todas  $p < .01$ ). Finalmente, los cuatro contenidos instigaron la necesidad de “hacer algo” con la IM. **Discusión.** Las similitudes en las consecuencias funcionales de las intrusiones relacionadas con el TOC, el TDC, la AE/H y los TA apoyan su naturaleza transdiagnóstica, pudiendo contribuir a la comprensión de los factores comunes y diferenciales entre estos trastornos.

## P.10 Déficits cognitivos en Trastorno Depresivo Mayor: revisión de la literatura

*Diego Carracedo Sanchidrián<sup>1</sup>*

*Emma Vidal Bermejo<sup>1</sup>*

*Marina Labzina<sup>1</sup>*

*Anna Svintitckaia<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital La Paz, IdiPaz, Madrid, Spain**

**Introducción:** Para algunos autores las alteraciones cognitivas son una de las disfunciones nucleares del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no deben ser consideradas un mero epifenómeno e incluso el DSM-5 recoge algunas de estas alteraciones como criterios diagnósticos. Así mismo, hay datos que señalan que incluso en casos de remisión casi total de la sintomatología clínica las dificultades cognitivas pueden persistir. Nuestro objetivo es identificar los principales déficits neuropsicológicos asociados al TDM. **Método:** Revisión de la literatura científica en español a inglés existente indexada en PubMed entre los años 2005 y 2019 en relación a depresión y déficits cognitivos. **Resultados:** Existe evidencia científica que avala que los déficits cognitivos en las personas con TDM no son una mera consecuencia del ánimo bajo y que estos pueden llegar a interferir considerablemente en su vida cotidiana. Las funciones cognitivas para las que la evidencia arroja datos más sólidos son Atención, Memoria y Funciones Ejecutivas, señalándose también como implicadas la Velocidad de Procesamiento y fluidez verbal. El uso durante periodos prolongados de antidepresivos puede tener efectos negativos en el rendimiento cognitivo. **Discusión:** Toda vez que parece establecido que en el TDM los síntomas afectivos se acompañan de síntomas cognitivos, se debe procurar una intervención comprensiva, que abarque la globalidad de los déficits que generan malestar a la persona, velando por una intervención clínica psicoterapéutica e idiográfica, toda vez que los fármacos antidepresivos pueden empeorar la sintomatología cognitiva, tanto a corto plazo en forma de efectos secundarios, como a largo plazo.

## P.11 Diferencias de género en la indicación de no tratamiento en salud mental. Un estudio en la Comunidad de Madrid

*Diego Carracedo Sanchidrián<sup>1</sup>*

*Lorena Velayos Jiménez<sup>2</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital La Paz, IdiPaz, Madrid | <sup>2</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias Alcalá de Henares, Madrid**

**Introducción:** El Sistema Nacional de Salud recibe a personas que refieren distintos tipos de sufrimiento psíquico, si bien no todas las personas que acuden a Salud Mental requieren tratamiento. Resignificar la demanda del paciente puede violentar su narrativa a pesar de ser una intervención bastante frecuente. **Objetivo:** Comprobar si una mayor derivación de mujeres implica también una mayor indicación de no tratamiento en estas. **Método:** Análisis estadístico descriptivo de la variable género e indicación de no tratamiento mediante tablas de contingencia. **Resultados:** Muestra de 178 pacientes atendidos en Salud Mental del Hospital Universitario La Paz y el Hospital Universitario Príncipe de Asturias desde diciembre/2016 a mayo/2018. El 74.2% de los pacientes fueron mujeres, con edad media de 39.7 años, derivados por el Médico de Atención Primaria, Psiquiatría u otros servicios. La tabla de contingencias indica un valor  $p=0.133$ , por lo que se considera que no existen diferencias estadísticamente significativas que muestren que la indicación de no tratamiento realizada fuera diferente en hombres y en mujeres. Tampoco existen diferencias significativas analizando los hospitales por separado ( $p=0.415$  en H. La Paz;  $p=0.108$  en H. Príncipe de Asturias). **Discusión:** La indicación de no tratamiento vela tanto por confirmar la salud del paciente y no patologizar el malestar cotidiano como por el adecuado uso de recursos. La mayor afluencia de mujeres a los CSM no parece responder a un sesgo en los derivantes ni a una mayor demanda de estas ante las mismas circunstancias, pues no reciben mayores indicaciones de no tratamiento que los varones.

## P.12 Duelo patológico y Trastorno Bipolar: a propósito de un caso

*Anna Svintitckaia*<sup>1</sup>

*Diego Carracedo Sanchidrián*<sup>1</sup>

*Tamara Castellanos Villaverde*<sup>1</sup>

*Marta Linares Briones*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Graduada en Psicología, Psicóloga Interna Residente en el Hospital Universitario la Paz

**Introducción:** El duelo patológico se puede conceptualizar como un estrés extremo que ha superado las habilidades de afrontamiento del individuo. Nuestro objetivo es estudiar la posible relación entre los síntomas maníacos y la manifestación de duelo patológico. **Método:** Estudio de la histórica clínica y biográfica de un paciente ingresado en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario La Paz por un episodio maníaco. **Resultados:** Paciente varón de 59 años diagnosticado de trastorno bipolar, en tratamiento con ácido valproico. La historia clínica refleja 5 hospitalizaciones previas, fundamentalmente por episodios maníacos. El contexto biográfico de los ingresos se ve marcado por diversas pérdidas: el primer ingreso (1988) tras una ruptura sentimental; segundo ingreso (2002) posterior a la muerte de la madre por cáncer; tercer ingreso (dos meses después) al cometer un intento autolítico; cuarto ingreso (2008) posterior al diagnóstico de cáncer de su hermana; el quinto y el último ingreso (2014 y 2018) suceden en el contexto de la búsqueda exhausta de remedios naturales de cáncer, llegando a verbalizar que va a ganar un premio Nobel por su descubrimiento. **Discusión:** Según la historia biográfica del paciente, tiene un riesgo elevado de presentar un duelo patológico. Las ideas sobrevaloradas y megalomaníacas tienen significado en su experiencia de duelo permitiendo “corregir” la impotencia de la medicina y protegerse de las pérdidas y de la muerte. El contexto biográfico de los síntomas y la significación de estos apoyan la necesidad de complementar la intervención psicofarmacológica con el tratamiento psicoterapéutico del duelo.

## P.13 Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en Mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de Anorexia Nerviosa. Revisión bibliográfica

*Marta Sanchez Amores<sup>1</sup>*

*Virginia Perez Navarro<sup>1</sup>*

*Carmen Barreiro Gonzalez<sup>1</sup>*

*Daniela Andrea Glinschi<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Especialista Psicología Clínica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid**

**Introducción:** La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de alta cronicidad perteneciente al grupo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En las últimas décadas han aumentado los TCA especialmente en mujeres jóvenes que viven en medio urbano. La terapia cognitivo-conductual (TCC) para AN emplea estrategias comportamentales, incluyendo el establecimiento de un patrón regular de alimentación y la exposición a “alimentos prohibidos”, así como aspectos cognitivos como la motivación al cambio y la alteración de la percepción del peso y del propio cuerpo. El objetivo de este trabajo es estudiar la efectividad de la TCC en el tratamiento de mujeres mayores de 18 años diagnosticadas de AN. **Método:** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática de estudios controlados aleatoriamente publicados hasta el momento. **Resultados:** De forma individual, la TCC fue efectiva en la mejora de aspectos físicos como el peso o el índice de masa corporal (IMC) pero en la mejoría de los síntomas relacionados con los TCA, no se encontraron diferencias con otros tratamientos o grupos controles. A largo plazo, los cambios para la TCC se mantuvieron, pero se obtuvieron mejores puntuaciones en otro tipo de terapias. **Discusión:** Se concluye que la TCC es parcialmente eficaz en el tratamiento de la AN en mujeres adultas y no es mejor que otro tipo de terapias. Se comenta la necesidad de que el tratamiento vaya más allá del aumento de peso y la necesidad de trabajar en el origen del trastorno y los factores desencadenantes del mismo para conseguir una recuperación completa.

## P.14 Eficacia de un Tratamiento Grupal Cognitivo-Conductual en Atención Primaria

*Daniela Echenique Álvarez<sup>1</sup>*

*Inmaculada Lara Espejo<sup>1</sup>*

*Emma Torrenova Sanz<sup>1</sup>*

*Raquel Coves Guillén<sup>1</sup>*

*María Vizcarro Fa<sup>1</sup>*

*Encarnación Gonzalez Herrero<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Residente de Psicología Hospital General Universitario de Elche**

**Introducción:** el objetivo del presente estudio es comprobar la eficacia de la intervención psicológica grupal realizada desde el servicio de psicología clínica de atención primaria, destinada a disminuir la sintomatología ansiosa siguiendo un modelo transdiagnóstico. **Método:** se utilizó un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas. La muestra estuvo conformada por un total de 100 pacientes (mujeres=64 y hombres=36) derivados por psicología clínica y medicina de atención primaria. Se realizó un tratamiento grupal cognitivo-conductual de 4 sesiones de duración (frecuencia semanal), conformada por los siguientes módulos: psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad y gestión del tiempo. La evaluación de los pacientes se realizó a través del cuestionario *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Short Form A* (CORE-SFA) antes y después del tratamiento. Los datos del estudio fueron recabados entre enero 2017 y julio 2019 (N= 100). **Resultados:** se realizó un contraste de medias mediante una prueba t de medidas repetidas. Se evidenció una disminución estadísticamente significativa de la sintomatología ansiosa después de la aplicación del tratamiento ( $p < .05$ ). También se encontró una mejoría significativa en todas las dimensiones medidas por el cuestionario (bienestar subjetivo, problemas/síntomas, funcionamiento general), excepto la variable de riesgo. **Discusión:** a partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar que la intervención grupal cognitivo-conductual aplicada por psicología clínica en atención primaria resultó eficaz para el tratamiento de la sintomatología ansiosa. Esto demuestra la importancia de realizar programas de intervención temprana que ayuden a prevenir la cronicidad de la sintomatología.

## P. 15 Emergentes centrales en grupos multifamiliares en un centro de salud mental infanto-juvenil

*Patricia Escalona Zorita<sup>1</sup>*

*Gloria Bellido Zanin<sup>2</sup>*

**<sup>1</sup>Cap de Secció CSMIJ LC i SSG. Psicóloga Clínica | <sup>2</sup>Psicóloga Clínica**

**Introducción:** En el tratamiento de los niños/as y adolescentes con un diagnóstico de salud mental es esencial abordar las relaciones familiares que pueden favorecer una buena evolución. Una forma de abordaje son los grupos multifamiliares (GMF) que aúnan un tratamiento familiar con uno grupal. Se trata de grupos transdiagnósticos donde se pone el foco en las relaciones entre los miembros de la familia y con otras familias. El objetivo de este trabajo es presentar de forma cualitativa los principales emergentes que han ido surgiendo en los GMF realizados en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ). **Método:** La población diana está constituida por familias con niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años atendidas en consultas externas del CSMIJ en Barcelona. Durante el periodo estudiado se han atendido un total de 87 familias. Al finalizar cada sesión de grupo se realizaba un post-grupo donde los terapeutas fueron recogiendo los emergentes surgidos. Se analizaron los más frecuentes. **Resultados:** A lo largo de todas las sesiones ha habido temas de discusión que se han ido repitiendo. Los más frecuentes han sido: identificaciones entre los padres y los hijos, funciones parentales, expectativas y frustraciones, los límites, la subjetividad en la comunicación, la transmisión generacional y los recursos sanos. **Discusión:** Aunque se traten muchos temas diferentes parece que algunos son más importantes y aparecen con más frecuencia en las familias.

## P.16 Evaluación del trauma en paciente psicótico con consumo de tóxicos asociado

*Elena Blázquez García<sup>1</sup>*

*María José Gómez Ramírez<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Complejo Hospitalario de Jaén**

**Descripción del caso:** Se presenta caso clínico con edad de 41 años atendido en la Comunidad Terapéutica del Complejo Hospitalario de Jaén. Se trata de un varón diagnosticado de F.4.51 Trastorno Psicótico por consumo de tóxicos. Presenta ideas delirantes de control, perjuicio y autorreferenciales; interpreta con frecuencia señales que van dirigidas a él por la calle y en la televisión, además de asegurar que lo miran y hablan mal de él. Presenta también alucinaciones auditivas con contenidos agresivos tanto auto como heteroagresivos. Existe historia previa de policonsumo de tóxicos desde la adolescencia que está remitiendo en la actualidad, pero aún presente, especialmente de cocaína. El paciente sufre episodios en los que revive y reexperimenta situaciones pasadas con terror y altos niveles de ansiedad, de carácter persecutorio y de amenaza para la vida. Ha sido traficante de estupefacientes en el pasado, estando expuesto a situaciones de peligro para su integridad física y por los que persiste miedo intenso a ser perseguido, vigilado o “a que lo maten”. Se evaluaron dichos episodios con intención de esclarecer si responden a sintomatología disociativa propia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), confundiendo con episodios psicóticos, o bien a sintomatología mixta. Para ello se llevó a cabo una entrevista clínica junto con administración de escalas pertinentes en relación a síntomas psicóticos y procedentes de experiencias traumáticas.

## P.17 Evaluación y análisis de los resultados tras la implementación del programa grupal para el trastorno límite de la personalidad “systems training for emotional predictability and problem solving” (stepps) en el sistema de vasco salud (osakidetza)

*Ana Robles Egea<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Álava

**Introducción:** El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) puede llegar a ser un trastorno grave con elevado grado de discapacidad que genera pérdida de la funcionalidad y de calidad de vida. El objetivo del presente trabajo es analizar los resultados tras la implementación del programa STEPPS en la provincia de Álava y constatar una mejoría de las medidas observadas. **Método:** El programa se ha aplicado en formato grupal durante 30 sesiones. La muestra está constituida por 8 participantes. Los datos han sido analizados a partir de un análisis descriptivo de las siguientes medidas clínicas: reducción de las conductas parasuicidas, visitas al servicio de urgencias y adherencia al tratamiento. Además, se realizó un análisis cuantitativo de los resultados con autoinformes relacionados con la sintomatología asociada al trastorno. **Resultados:** El 72% de la muestra terminó el programa de tratamiento. El análisis de los datos muestra una reducción de las hospitalizaciones y de las conductas parasuicidas. Se pudo constatar una mejoría significativa de las variables medidas. **Discusión:** El programa STEPPS constituye una aproximación terapéutica efectiva dentro de los tratamientos psicológicos para el TLP. Se consigue una significativa reducción de las conductas parasuicidas y las visitas a los servicios de emergencias, tal y como se observa en la literatura.

## P.18 Grupo de Terapia basada en Mindfulness como tratamiento transdiagnóstico

*Sandro García Pla<sup>1</sup>*

*Xenia Fernández Álvaro<sup>1</sup>*

*Lucas Narambuena<sup>1</sup>*

*Domingo Madrid García<sup>1</sup>*

*Maria del Mar Caballero Sánchez<sup>1</sup>*

*José Alberto Moreno-Antequera González<sup>1</sup>*

*Francisco José García Gumbau<sup>2</sup>*

*Rocío Romero Trujillo<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Hospital Vega Baja | <sup>2</sup>Centro de Salud Álvarez de la Riva, Orihuela |

<sup>3</sup>Centro de Salud Callosa de Segura

**Introducción:** El Mindfulness es una técnica que consiste en observar la realidad en el momento presente, sin juzgar y con plena apertura y aceptación, que se ha incorporado a diversos modelos de tratamiento en psicoterapia. Actualmente, hay una tendencia hacia el tratamiento transdiagnóstico, con terapias como la del grupo de D.Barlow para el tratamiento de trastornos emocionales. El mindfulness también sería útil para este propósito, ya que ha incrementado sus aplicaciones clínicas los últimos años, demostrando eficacia en diversas patologías. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia de un programa grupal de Terapia basada en Mindfulness como tratamiento transdiagnóstico. **Método:** Diseño cuasiexperimental de medidas repetidas con evaluación pre y post tratamiento. Los pacientes participaron en 9 sesiones de mindfulness de 2 horas de duración. Instrumentos: Se utilizó la escala HAD para evaluar ansiedad y depresión, el cuestionario de sueño MOS y la escala MAAS para evaluar actitud mindful. Participaron 6 pacientes del Centro de Salud Mental de Callosa del Segura. 2 hombres y 4 mujeres de entre 34 y 53 años (media=48,3), heterogeneidad en el diagnóstico. **Resultados:** Todos los participantes mejoraron sus resultados en la escala HAD (tanto en ansiedad como en depresión), bajando la media del HAD Total de 24,83 a 17,3. El 83,3% mejoró en la escala MAAS. **Discusión:** El mindfulness es una forma eficaz de tratamiento transdiagnóstico y su aplicación en grupo permite reducir los costes de manera significativa. Los resultados actuales son prometedores, pero la muestra es aún insuficiente, y se requiere continuar con la investigación.

## P.19 Influencia del aumento de los conocimientos sobre Psicología y Psicopatología en los niveles de estigma hacia la enfermedad mental

Sandra Arnáez<sup>1</sup>

Antonio Chaves-García<sup>1</sup>

Gemma García-Soriano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitat de València

**Introducción:** El conocimiento sobre la enfermedad mental parece ser una variable clave a la hora de disminuir los niveles de estigma asociados a la misma. El objetivo de este estudio es analizar si adquirir conocimientos sobre psicología influye sobre los niveles de estigma hacia la enfermedad mental: (1) explorar el cambio en el estigma entre alumnado de psicología antes de comenzar la carrera y al finalizar tercero (2) analizar el estigma a lo largo de tercero, en el que se introducen en las asignaturas de Psicopatología e Intervención Psicológica. **Método:** Dos grupos de estudiantes del grado de Psicología (1º curso=98 [ $M_{edad}=18,92$ ,  $DT=1,5$ ], 3º= 152 [ $M_{edad}=24,35$ ,  $DT=1,73$ ]) completaron a principio de curso-(M1) la escala Attribution Questionnaire-27 (AQ-27) que incluye 9 escalas sobre estigma social hacia las personas con trastorno mental. Los estudiantes de tercero volvieron a completar los instrumentos en otros dos momentos, tras recibir una charla de sensibilización sobre salud mental-(M2), y tras finalizar el curso-(M3). **Resultados:** En general, los estudiantes que habían finalizado tercero mostraron menores niveles de estigma que los de primer curso (*Ira, Peligrosidad, Miedo, Coacción, Segregación y Evitación*;  $p<0,05$ ). Entre los estudiantes de tercero, se observa que los niveles de estigma disminuyen a lo largo del curso: tras la charla de sensibilización (M2) disminuye la *Ira, Miedo, Peligrosidad, Coacción y Segregación* ( $p<0,05$ ), y tras finalizar el curso (M3) disminuyen la *Responsabilidad, Ira, Coacción y Evitación* ( $p<0,05$ ). **Discusión:** El aumento de conocimientos sobre la enfermedad mental disminuyen los niveles de estigma asociados a la misma.

**Agradecimientos:** Ayuda RTI2018-098349-B-I00.

## P. 20 Intervención grupal en distimia. Estudio preliminar

*Laura Díaz-Hellín Ramos<sup>1</sup>*

*Elena Blánquez García<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Complejo Hospitalario de Jaén**

**Descripción de la intervención:** Nos proponemos exponer un programa de tratamiento grupal para personas con diagnóstico de Distimia y valorar los resultados obtenidos. El objetivo de esta intervención es conseguir una mejoría clínica en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión, y una menor interferencia en la vida de la persona, consiguiendo una mejor adaptación. Además, se consigue dar asistencia a pacientes de las USMC de Jaén, ofreciéndoles una intervención más intensiva que las revisiones que se pueden programar en sus equipos de referencia. La intervención en grupo es beneficiosa porque el contexto grupal ejerce un efecto de modelado, actuando como reforzador en la motivación al cambio. Además, los pacientes obtienen una fuente de apoyo y comprensión. El contexto grupal ofrece también ejemplos de patrones cognitivos y de comportamiento sobre los que trabajar, que son mejor entendidos cuando son ofrecidos por “iguales”. La intervención consta de los siguientes componentes: psicoeducación, manejo de la ansiedad, activación conductual, reestructuración cognitiva, habilidades sociales y prevención de recaídas. El tratamiento se organiza en 8 sesiones semanales de 90 minutos. Se ha realizado una evaluación PRE-POST con los siguientes instrumentos:

- ACE-R: Addenbroke’s cognitive examination revisado
- CDRS: Escala de Evaluación de Distimia de Cornell
- BDI: Inventario de Depresión de Beck
- STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo
- Escala de Felicidad Subjetiva (adaptado de S. Lyubomirsky y H.S. Lepper).

**Resultados:** Se han realizado dos grupos, con un total de 20 participantes. Pretendemos mostrar los resultados obtenidos como estudio preliminar para valorar esta intervención y proponer posibles mejoras.

## P.21 Intervenciones para la prevención del suicidio que incluyen estrategias de psicología positiva: Una revisión sistemática

*Adriana Mira<sup>1</sup>*

*Amanda Díaz-García<sup>2</sup>*

*Diana Castilla<sup>1</sup>*

*Juana Bretón-López<sup>2</sup>*

*Cristina Botella<sup>2</sup>*

*Azucena García-Palacios<sup>2</sup>*

**<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza | <sup>2</sup>Universitat Jaume I**

**Introducción:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que alrededor de un millón de personas se suicidan cada año. Contamos con intervenciones para la prevención del suicidio. Sin embargo, su objetivo es abordar los déficits y los síntomas negativos en lugar de desarrollar emociones, cogniciones y comportamientos positivos. La OMS señala la importancia de centrarse en los factores de protección que pueden tener un papel importante en la reducción del riesgo de suicidio. Estados positivos como la gratitud, el optimismo y la esperanza se han asociado con reducciones de intentos e ideación suicida. **Método:** Se está llevando a cabo una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA, incluyendo los programas centrados en la prevención del suicidio que incluyen estrategias de psicología positiva. Se han utilizado las siguientes bases de datos: PsycINFO, PubMed y The Cochrane Library. Hasta la fecha, se ha llevado a cabo el *screening* de los artículos encontrados en la búsqueda por dos evaluadores independientes y se espera completar el estudio en septiembre de 2019. **Resultados:** Los resultados serán discutidos en términos de utilidad clínica, componentes terapéuticos y formatos de aplicación. **Discusión:** Los hallazgos permitirán establecer un marco general sobre las intervenciones para la prevención del suicidio que tienen en cuenta el trabajo de factores protectores y no únicamente de factores de riesgo y con esto ayudar en la prevención del suicidio mejorando la eficiencia y efectividad de dichas intervenciones.

## P.22 La naturaleza transdiagnóstica de las intrusiones mentales: un estudio en pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo

*Belén Pascual-Vera<sup>1</sup>*

*Amparo Belloch<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Valencia. Unidad de Investigación y Tratamientos de Obsesiones y Compulsiones, I 'TOC**

**Introducción:** as intrusiones mentales (IM) características del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), Ansiedad por Enfermedad/Hipocondría (AE/H) y los Trastornos Alimentarios (TA) son variables transdiagnósticas en población general de diferentes países y contextos culturales. Este trabajo examinó la naturaleza transdiagnóstica de estas cuatro IM en personas con un diagnóstico primario de TOC. **Método:** 39 pacientes con TOC ( $M_{\text{edad}}=32,45$ ,  $DT=11.57$ ; 63.2% hombres) completaron el Inventario de Pensamientos Intrusos Desagradables (*INPIDES*), que evalúa la frecuencia y molestia de cuatro modalidades de IM con contenidos relacionados con el TOC, el TDC, la AE/H y los TA, y el malestar asociado a cada uno de ellos. **Resultados:** el 56% de los participantes experimentaron todas las IM y sólo el 10% tuvo una única modalidad de IM (i.e., intrusiones obsesivas). Las comparaciones intra-sujeto evidenciaron diferencias en la frecuencia ( $F_{3,63} = 7.163$ ,  $p < .01$ ) y molestia ( $F_{3,48} = 7.109$ ,  $p < .01$ ) con la que se experimentaron las diferentes IM. Las intrusiones obsesivas fueron igual de frecuentes que las IM alimentarias; mientras que las intrusiones hipocondriacas y las dismórficas causaron un malestar comparable al de las obsesivas. **Discusión:** los resultados apoyan la naturaleza transdiagnóstica de las IM en población clínica con TOC. Las IM podrían explicar parte de las similitudes fenomenológicas existentes entre estos trastornos, principalmente en el dominio de los síntomas.

## P.23 Medidas de satisfacción cualitativas y cuantitativas en grupos multifamiliares de un centro de salud mental Infanto-Juvenil

*Ester Moré<sup>1</sup>*

*Gloria Bellido<sup>2</sup>*

**<sup>1</sup>Enfermera de Salud Mental | <sup>2</sup>Psicóloga Clínica**

**Introducción:** Los grupos multifamiliares (GMF) constituyen un abordaje terapéutico que conjuga los principios de la terapia grupal y familiar. Su principal objetivo es abordar las relaciones que sus miembros establecen con sus familiares y otras familias. Se trata de una intervención transdiagnóstica indicada sobre todo en situaciones de distocia familiar, dificultades comunicativas intrafamiliares y desacuerdos conyugales que afectan a la relación con los hijos/as. Nuestro objetivo es medir de una forma cualitativa y cuantitativa la satisfacción de los participantes de los diferentes GMF que se llevan a cabo en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. **Método:** La muestra estuvo compuesta por los participantes de dos GMF llevados a cabo entre el 2018-2019 en CSMIJ en Barcelona. El primero de ellos formado por 6 familias con niños de entre 6 y 9 años y el segundo formado por otras 6 familias con niños entre 9 y 12 años. A todos los participantes se les ofreció rellenar una encuesta de satisfacción creada ad hoc con una valoración cuantitativa (0-10) y algunas preguntas abiertas. Respondieron un total de 5 niños/as y 12 padres/madres. **Resultados:** Se expone como resultado la valoración media dada por el grupo de niños/as y el grupo de padres/madres y se recogen algunas ideas que los miembros de la familia expresan de cómo les ha ayudado el GMF. **Discusión:** El grado de satisfacción es alto de todos los/as participantes y las ideas expresadas pueden servir como referencia para futuras mejoras en los GMF.

## P.24 Mindfulness en trastorno mental grave

*Amaya Carceller Tejedor<sup>1</sup>*

*Fernando Villalba Yuste<sup>2</sup>*

*Alicia Giménez Zorraquino<sup>2</sup>*

*Ines susin Arregui<sup>2</sup>*

**<sup>1</sup>Psicólogo Interno Residente | <sup>2</sup>Psicólogo/a Clínico/a**

Cada vez el mindfulness está más integrado en las diferentes terapias psicológicas, con unos resultados más o menos satisfactorios, y con miles de estudios clínicos al respecto. Sin embargo, son pocos los estudios que hayan evaluado sus efectos sobre el Trastorno mental grave, y la mayoría corresponden al grupo de Chadwick, con las conclusiones de que:

- Es posible utilizarse sin efectos iatrogénicos.
- Tiene un efecto positivo en la reducción del estrés y la ansiedad asociados a síntomas psicóticos.
- No eliminan el síntoma, sino que modifican el significado que se atribuye a la experiencia psicótica.
- Puede ser un adecuado complemento en el tratamiento del TMG

Con este fin, se efectuó un estudio en la Fundación Agustín Serrate de Huesca, consistente en 24 sesiones de mindfulness, con usuarios de esta fundación, y diagnosticados de diferentes trastornos. Hubo un estudio pre-post.

Entre las conclusiones de este estudio cabe destacar: Hacen falta más estudios sobre los posibles beneficios del mindfulness en el tratamiento del TMG, aunque podría tener un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes, lo que les puede ayudar a una mejor integración social. Puede ser un ejercicio bien recibido por la mayor parte de estos pacientes, por lo que su inclusión como terapia habitual, tanto en el sistema nacional de salud, como en los centros de rehabilitación psicosocial, podría estar recomendada.

## P.25 Mindfulness y Compasión para familiares de pacientes con Trastorno Mental Grave

*Fernando Villalba Yuste<sup>1</sup>*

*Alicia Giménez Zorraquino<sup>1</sup>*

*Ines susin Arregui<sup>1</sup>*

*Amaya Carceller Tejedor<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Especialista Psicología Clínica**

**Introducción:** Los familiares de pacientes con Trastorno Mental Grave están sometidos a una fuerte presión, no solo tienen, muchas veces, que cuidar de ellos y aportarles un soporte emocional, sino que también lo tienen que hacer con pocas ayudas de las instituciones, y sin estar preparados para esta tarea. Con este fin, se propuso realizar unas sesiones que abarcaron la realización de ejercicios de mindfulness y compasión, en el Centro de Día “Arcadia”, perteneciente a la Fundación Agustín Serrate (Huesca). **Método:** Hubo un total de 14 sesiones, 8 de mindfulness y 6 de compasión. Entre enero y mayo de 2016. Los participantes fueron elegidos entre los familiares del centro. Empezaron 18 participantes, acabaron 15. Las sesiones se realizaban los lunes a las 16:30 horas y se prolongaron durante hora y media. Todas las sesiones estaban dirigidas por un terapeuta y uno o dos coterapeutas. Al finalizar las sesiones se entregó a los participantes un cuestionario para que expresaran su percepción de diversos aspectos de la terapia. **Resultados:** Expresan un alto nivel de satisfacción en todos los aspectos del cuestionario. **Discusión:** Se trata de un solo estudio, y sería necesario efectuar más antes de llegar a ninguna conclusión definitiva. Aun así, esta terapia ha sido bien recibida por los familiares de los usuarios de Arcadia. Entre los hechos destacados, se puede destacar: la fidelidad a la asistencia y la satisfacción con la terapia, los compañeros y los terapeutas, que indican un bienestar en las sesiones.

## P.26 Perfil neuropsicológico del Trastorno del Espectro Autista de alto funcionamiento adulto, a propósito de un caso

*Itxaso Torrea Araiz<sup>1</sup>*

*Daniel Trigo Varela<sup>1</sup>*

*Luis Daniel Placer-García<sup>1</sup>*

*Raquel Bendala-Estrada<sup>1</sup>*

*Tamara Castellanos Villaverde<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Madrid**

**Introducción:** El Trastorno del Espectro Autista de alto funcionamiento (tipo asperger) es un trastorno del neurodesarrollo cuyo diagnóstico es clínico y se realiza en la infancia. En este trabajo se presentan los resultados de la evaluación neuropsicológica de un paciente adulto derivado por sospecha de trastorno del neurodesarrollo no identificado en etapa temprana.

**Método:** Diseño de caso único del perfil neuropsicológico de un hombre de 60 años derivado a consulta del Hospital Universitario La Paz en 2019 y evaluado por residentes de psicología clínica en 4 sesiones consecutivas de hora y media de duración en compañía de un familiar. Se administraron Screening, WAIS-IV, WMS-IV, TAVEC, TMT, Stroop, FAS, WCST, Figura Compleja de Rey, Test de Denominación de Boston y CPT. **Resultados:** El rendimiento cognitivo es normal (CI:130) con habilidades específicas muy superiores a la media. Memoria y atención conservadas. Son llamativas las dificultades graves para trabajar con información espacial y con habilidades de proyección visoespacial, y los déficits moderados en algunas funciones ejecutivas, especialmente inflexibilidad cognitiva e inhibición de respuestas preponderantes. Lenguaje conservado, aunque con problemas de pragmática. También se observan dificultades en la interacción social, nivel de simbolización y mentalización. **Discusión:** El perfil neuropsicológico corresponde con el descrito en la literatura científica para los trastornos del espectro autista de alto funcionamiento (tipo asperger), mostrando déficits moderados en las funciones ejecutivas, lenguaje pragmático y cognición social (Hagberg, B., Billstedt, E., Nydén, A., y Gillberg, C., 2015; Lai, C., Lau, Z., Lui, S. et al., 2017).

## P.27 Perfil psicológico de los pacientes derivados al grupo de insomnio primario

*Anna Svintitckaia<sup>1</sup>*

*Marina Labzina<sup>1</sup>*

*Eduardo Fernández Jiménez<sup>1</sup>*

*Carlos Casado San Martín<sup>1</sup>*

*Diego Carracedo Sanchidrián<sup>1</sup>*

*Tamara Castellanos Villaverde<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Especialista en Psicología Interna Residente en el Hospital Universitario la Paz

**Introducción:** El insomnio es el trastorno de sueño más frecuente y suele generar gran repercusión en la vida de la persona. En el Hospital Universitario La Paz para este tipo de pacientes se realizan intervenciones grupales protocolizadas que incluyen técnicas cognitivo-conductuales y mindfulness. Nuestro objetivo es analizar el perfil de los pacientes derivados para el tratamiento grupal del insomnio. **Método:** Antes de empezar el grupo los participantes completaron la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire), AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire-II), ASI-III (Anxiety Sensitivity Index) y HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Los datos recogidos corresponden a dos grupos que fueron realizados en el último año. **Resultados:** Se obtuvieron puntuaciones de 20 pacientes. Género: 70% mujeres. Edad: M (media) 53,2 años; DT (desviación típica) 14,92. TAS-20: M 50,55; DT 12,7. FFMQ: M 2,99; DT 0,41. AAQ-II: M 29,10; DT 9,58; ASI-III Total M 24,4; DT 12,34; ASI-III Física M 8,15; DT 5,34; ASI-III Cognitiva M 6,45; DT 4,99; ASI-III Social M 9,80; DT 5,82. HADS Total: M 17,25; DT 8,34. HADS Ansiedad: 10,15; DT: 4,76. HADS Depresión: M 7,1; DT 4,34. **Discusión:** Los pacientes derivados al grupo de insomnio muestran elevado nivel de evitación experiencial y elevada sensibilidad a la ansiedad, especialmente en su dimensión cognitiva. Además, observamos mayor prevalencia de sintomatología ansiosa frente a la depresiva. Estos datos pueden ayudar a los clínicos a orientar la intervención, sugiriendo, por ejemplo, la inclusión de los elementos de la terapia de aceptación y compromiso al tratamiento.

## P.28 Rasgos de personalidad asociados a la ortorexia en personas que practican meditación

*Celia Alcaide<sup>1</sup>*

*Verónica Guillén<sup>1</sup>*

*Gemma García Soriano<sup>1</sup>*

*María Roncero<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Universitat de València**

**Resumen:** Las personas que padecen Ortorexia Nerviosa presentan una preocupación excesiva por la calidad de los alimentos que consumen en cuanto a su composición, procedencia y elaboración. Las investigaciones sugieren que las personas que practican meditación presentan una elevada prevalencia de ortorexia nerviosa. Sin embargo, todavía son pocos los estudios realizados en este sentido, y los que existen emplean instrumentos con pobres propiedades psicométricas. Nuestro objetivo es analizar el perfil de personalidad desde una perspectiva dimensional asociado a la ortorexia nerviosa y la ortorexia saludable en personas que practican meditación habitualmente. **Método:** Participaron 105 adultos meditadores (edad media  $39,93 \pm 13,63$ ). Instrumentos: Escala de Ortorexia de Teruel (TOS) y Personality Inventory for DSM-5–short form (PID-5-SF). **Resultados:** No se encontró relación entre la ortorexia saludable y ningún rasgo de personalidad. La ortorexia nerviosa correlacionó con los dominios afectividad negativa ( $r=.25, p=.009$ ), apego ( $r=.34, p<.001$ ) y psicoticismo ( $r=.29, p=.003$ ), y 12 facetas-rasgo de personalidad (rango  $r=.33-.20, p<.05$ ). **Discusión:** Los resultados indican que en personas que practican meditación habitualmente, la ortorexia nerviosa se asocia a un patrón de personalidad desadaptativo: inflexible, controlador, ansioso y perseverante, con aislamiento social y necesidad de aceptación, depresivo, suspicaz, excéntrico, y con sentimientos de superioridad. Sin embargo, el interés por la alimentación desde una perspectiva adaptativa no muestra ningún patrón específico. Futuras investigaciones deberían analizar si el afecto negativo, desapego y psicoticismo son relevantes en la etiología y mantenimiento de la ortorexia nerviosa.

**Palabras clave:** Ortorexia nerviosa, ortorexia saludable, perfil de personalidad, meditación.

## P.29 Reflexiones en torno a la introducción de la técnica de “Debriefing” en el proceso de sujeción mecánica en unidades de hospitalización psiquiátrica breve

*Itxaso Torrea Araiz<sup>1</sup>*

*Luis Daniel Placer García<sup>1</sup>*

*Raquel Bendala Estrada<sup>1</sup>*

*Tamara Castellanos Villaverde<sup>1</sup>*

*Carlos Casado San Martín<sup>1</sup>*

*Jesús Martí Esquitino<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz**

**Introducción:** La Sujeción Mecánica es un procedimiento que puede suponer riesgos o inconvenientes con repercusión negativa para el paciente. El Debriefing ha demostrado ser una técnica importante para reducir el impacto emocional de la medida, y suministra información y apoyo a pacientes, profesionales y organización. Además, es un factor implicado en la reducción de su uso. El objetivo es reflexionar sobre la idoneidad de la introducción del Debriefing en protocolos hospitalarios para las Sujeciones Mecánicas. **Método:** Revisión no sistemática de la literatura y reflexión ética sobre los beneficios de la introducción del Debriefing (por protocolo) en el proceso de sujeción mecánica. **Resultados:** Se revisaron 10 artículos (1 revisión sistemática, 3 análisis cualitativos, 1 estudio de entrevista, 2 revisión y reflexión ética, 3 recomendaciones prácticas). En base a la literatura, sería esperable que con la introducción de dicha técnica se lograran dos objetivos: 1) el análisis del episodio podría evitar que la práctica se repitiera, y 2) podrían mitigarse en la medida de lo posible los efectos adversos potencialmente traumáticos de esta medida. **Discusión:** Sería deseable tanto por motivos éticos como por calidad de la atención aumentar los esfuerzos para implementar el Debriefing en la práctica clínica pudiendo ser su inclusión en los protocolos una manera para introducirlo y aplicarlo de manera sistemática. Su uso tras una sujeción podría ser un procedimiento estándar que ayudaría a pacientes y personal a enfrentar la experiencia, y podría contribuir a la concienciación y al avance en la disminución del uso de estas medidas.

## P.30 Supresión de pensamiento vs. Exposición en el control de pensamientos indeseados

*Antonia María Jiménez-Ros<sup>1</sup>*

*Luís Miguel Pascual Orts<sup>2</sup>*

**<sup>1</sup>Universidad del Algarve | <sup>2</sup>Universidad de Zaragoza**

**Introducción:** La supresión de pensamiento ha sido definida como el mecanismo a través del cual los individuos intentan, de forma consciente, impedir que afloren a la consciencia pensamientos indeseados. Este proceso voluntario parece producir resultados paradójicos bien porque se produce un efecto rebote cuando se para de suprimir, bien porque se produce un efecto inmediato durante el tiempo que se intenta suprimir. Estos efectos no se han observado, sin embargo, de forma consistente en todas las investigaciones. El presente trabajo se propone comparar dos modalidades de supresión de pensamiento con la exposición al pensamiento indeseado y con un grupo de control. **Método:** Participaron en el estudio 120 estudiantes universitarios (mayoritariamente mujeres 64,2%) con edades comprendidas entre los 18 y 27 años. A los participantes, atribuidos aleatoriamente a las condiciones experimentales, se les solicitaba que imaginasen una escena en la que se quedaban desnudos en el bar de su facultad. En función de la condición experimental a la que eran asignados, durante la fase experimental, los participantes debían intentar suprimir el pensamiento, exponerse al pensamiento o no hacer nada. **Resultados:** Los resultados no mostraron efectos paradójicos asociados a la supresión ni la superioridad de exposición como estrategia adaptativa para combatir los pensamientos indeseados. **Discusión:** Los resultados se discuten a la luz de los actuales modelos teóricos acerca de la exposición.

**Palabras clave:** Supresión, exposición, pensamientos indeseados, efectos paradójicos.

## P.31 Transdiagnóstico en Unidad de Agudos de Psiquiatría

*Inés Susín Arregui<sup>1</sup>*

*Fernando Villalba Yuste<sup>1</sup>*

*Alicia Gimenez Zorraquino<sup>1</sup>*

*Patricia Latorre Forcén<sup>2</sup>*

*Lorena Pereyra Grustán<sup>2</sup>*

**<sup>1</sup>Psicóloga/o Clínica/o. Salud | <sup>2</sup>Psiquiatra. Salud**

**Introducción:** Las Unidades de Agudos se caracterizan por tener pacientes ingresados, simultáneamente, con diferentes psicopatologías: psicosis, trastornos de personalidad, adicciones, trastornos afectivos graves, etc. Con la incorporación del Psicólogo Clínico al ámbito hospitalario, los abordajes psicoterapéuticos se han convertido en una parte fundamental del tratamiento. Además de intervenciones psicológicas individuales, se suelen realizar terapias grupales, caracterizadas, entre otras cosas, por la heterogeneidad diagnóstica de los participantes. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una psicoterapia transdiagnóstica, cuyo objetivo es fomentar acciones en la línea de los valores personales, a pesar del dolor provocado por las experiencias internas. Plantea que la evitación experiencial es el principal mecanismo asociado con el estrés y la disfunción y propone como objetivo terapéutico promover la flexibilidad psicológica. El resultado es una mejora en la calidad de vida y una reducción del sufrimiento y de los síntomas. ACT ha sido ampliamente validada en trastornos emocionales y se está extendiendo al abordaje de otras patologías como psicosis o adicciones. El **objetivo** de este estudio descriptivo es valorar, a través del cuestionario AAQ-II, los niveles de evitación experiencial e inflexibilidad cognitiva de los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos del Hospital Obispo Polanco de Teruel durante 3 meses. Si los resultados indican niveles elevados de estos procesos, independientemente del diagnóstico clínico, parece razonable incluir nociones ACT en la psicoterapia grupal, que contribuyan a la reducción del sufrimiento y la limitación provocados por la diversidad de síntomas de nuestros pacientes.

## P.32 Trastorno límite de la personalidad y funcionamiento ejecutivo: a propósito de un caso

*Diego Carracedo Sanchidrián<sup>1</sup>*

*Marina Labzina<sup>1</sup>*

*Ania Svintitckaia<sup>1</sup>*

*Jesús Martí Esquitino<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>**Hospital La Paz, IdiPaz, Madrid**

**Introducción:** Algunos autores señalan la similitud entre algunas conductas de las personas diagnosticadas de trastorno de límite de la personalidad (TLP) y personas con lesiones orbitofrontales y ventromediales. Nuestro objetivo es Explorar el perfil neuropsicológico de una paciente con diagnóstico de TLP, especialmente funciones frontales. **Método:** Estudio descriptivo de caso único de paciente de 35 años de edad, con diagnóstico de TLP y quejas cognitivas de larga evolución, derivada a la consulta de neuropsicología del Hospital la Paz. **Instrumentos:** entrevista semiestructurada (Screening HULP), Escala de Inteligencia de Adultos de Wechsler - IV (WAIS-IV), Test de fluidez verbal (COWAT-FAS), Escala de Memoria de Wechsler - IV (WMS-IV), Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC), Test de la Figura compleja de Rey-Osterriech, Trail Making Test (TMT), Test de Stroop, Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WCST) y Continuos Performance Test – 3 (CPT-III). La valoración se realizó en 4 sesiones de hora y media durante los meses/el año. **Resultados:** Los resultados indican un CI total de 56, velocidad de procesamiento enlentecida (IVP=78). Se detectan dificultades leves-moderadas en: memoria (memoria lógica  $z = -2$ , recuerdo libre corto plazo  $z = -2,1$ ), habilidades visoespaciales (puzles visuales  $z = -2,67$ ) y visoconstructivas (copia Rey  $-2,33$ ) y funciones ejecutivas (WCST  $z = -2,67$ ). **Discusión:** Los resultados apuntan que, efectivamente, las funciones ejecutivas se encuentran afectadas en esta paciente. Sin embargo, los déficits van más allá de lo que la literatura respalda, lo cual sugiere la presencia de dificultades de mayor índole y de etiología diferente al propio TLP.

## P.33 Trastorno límite de la personalidad: abordaje desde la Terapia de Esquemas de Young

*Diego Carracedo Sanchidrián<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Hospital La Paz, IdiPaz, Madrid

**Introducción:** El trastorno límite de la personalidad (TLP) tiene una prevalencia del 5,9%. A pesar de ser el trastorno de personalidad con más estudiado (más de 3000 estudios indexados en PubMed en los últimos 10 años, frente a los 400 del trastorno antisocial de la personalidad, siguiente por frecuencia) no existe una intervención que sea plenamente satisfactoria. Nuestro objetivo es ilustrar, a través de un caso, la intervención para el TLP desde la Terapia Centrada en Esquemas de Young. **Método:** Se realizó una evaluación de la paciente siguiendo los criterios diagnósticos del modelo dimensional alternativo del DSM-5 para los trastornos de personalidad. La paciente es evaluada mediante anamnesis, entrevistas clínica e inventario PID-5. El caso se aborda siguiendo el manual “Terapia de esquemas: Guía práctica” (Young, Klosko y Weisharr, 2013). **Resultados:** Presenta deterioro moderado en el funcionamiento, con alteración moderada (3, en un continuo de 0-4) en las esferas de Identidad, Autodirección, Empatía e Intimidad. Presenta además labilidad emocional, impulsividad y asume riesgos innecesarios. Los dominios afectados son el afecto negativo, la desinhibición y el antagonismo. **Discusión:** El abordaje del TLP supone, en el momento actual, un reto para las intervenciones psicoterapéuticas. La Terapia de esquemas es una psicoterapia integradora que contempla que el paciente tenga escasa voluntad de cambio. Asume que los esquemas cognitivos se van configurando desde la infancia durante toda la vida y se tratan de mantener por coherencia cognitiva. Técnicas como la comprobación de la veracidad, confrontación empática y las dos sillas son empleadas en la terapia.

## P.34 Trastorno Obsesivo Compulsivo y rasgos de personalidad de cluster C premórbidos en Trastorno Bipolar. Un caso clínico

*Virginia Perez Navarro<sup>1</sup>*

*Marta Sanchez Amores<sup>1</sup>*

*Agustín Bermejo Pastor<sup>1</sup>*

*Eva Castro Álvarez<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid**

**Descripción del caso.** En este trabajo presentamos el caso de un varón de 41 años, con antecedentes de sintomatología ansioso depresiva, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y rasgos de personalidad de Cluster C. En el último año ha presentado tres ingresos en una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría por episodios maniformes, uno de ellos con síntomas psicóticos, así como rasgos disfuncionales de personalidad de tipo límite. El objetivo de este trabajo es exponer el contraste entre la clínica actual del paciente y los antecedentes de TOC descritos, en concordancia con varios estudios que reflejan elevada comorbilidad entre Trastorno Bipolar y TOC, así como un riesgo aumentado en los pacientes con TOC de presentar en el futuro un diagnóstico comórbido de esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo. **Resultados:** No hay acuerdo en la bibliografía revisada, sin embargo, en posibles rasgos de personalidad premórbida en pacientes con Trastorno Bipolar, que puedan remitirse a aquellos de Cluster C presentados en el pasado por el paciente que nos ocupa.

## P.35 Una problemática que va más allá de la infancia: Abuso Sexual Infantil y sus consecuencias

*Javier Ibáñez Vidal*<sup>1</sup>

*Berta Maté Calvo*<sup>1</sup>

*Jessica Esteban Arenas*<sup>1</sup>

*Ángel Castro Vázquez*<sup>1</sup>

*Juan Ramón Barrada González*<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza**

El abuso sexual en la infancia (ASI), entendido como la actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto, que utiliza para ello a un menor, aprovechando su situación de superioridad, puede tener consecuencias devastadoras para el menor. Dentro del área de la sexualidad, estudios previos han concluido que quienes sufren algún episodio de ASI emiten más conductas sexuales de riesgo y tienen mayor probabilidad de sufrir nuevos episodios de victimización sexual durante la adolescencia y primera juventud. Existen dos aportaciones teóricas que, a pesar de que ofrecen visiones parciales, pueden ayudar a entender la asociación entre el ASI, la conducta sexual y la revictimización en la vida adulta. Son el modelo de dinámicas traumatogénicas y el modelo de información-motivación-habilidades conductuales. En este trabajo se ofrece una panorámica de la problemática y de las explicaciones teóricas que se han dado hasta la actualidad y se subraya la importancia de la prevención y la educación sexual desde la infancia, así como la necesidad de seguir investigando para poder desarrollar modelos teóricos propios que ayuden a entender y a prevenir el ASI y sus consecuencias.

## P.36 Validación al español del Cuestionario de Confusión Inferencial-versión ampliada: apoyo a la relevancia de la confusión inferencial en el trastorno obsesivo-compulsivo

*Sara Llorens-Aguilar<sup>1</sup>*

*Sandra Arnáez<sup>1</sup>*

*María Roncero<sup>1</sup>*

*Juan Ramón Barrada<sup>2</sup>*

*Gemma García-Soriano<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Universitat de València | <sup>2</sup>Universidad de Zaragoza**

**Introducción:** Según los modelos cognitivos basados en el estilo de razonamiento disfuncional, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se desarrolla porque se basa en un estilo de razonamiento disfuncional denominado confusión inferencial, que se caracteriza por facilitar el desarrollo de razonamientos por los que los pacientes confunden lo que es real y lo que es muy poco probable, y finalmente confían más en lo que es poco probable que en lo que es real. El Cuestionario de Confusión Inferencia evalúa esta desconfianza hacia los propios sentidos. Nuestros objetivos son (1) analizar las propiedades psicométricas de la versión ampliada del Cuestionario de Confusión Inferencial (ICQ-EV) en población española; (2) explorar el papel de la confusión inferencial en el TOC; y (3) comparar el constructo de confusión inferencial en muestras no clínicas y clínicas. **Método:** 342 participantes comunitarios ( $M_{edad} = 29,16$ ,  $DT = 13,93$  años; 76% mujeres) y 66 pacientes con TOC ( $M_{edad} = 34,74$ ,  $DT = 9,78$  años; 51,51% mujeres) completaron la adaptación española de ICQ-EV, así como una serie de cuestionarios. **Resultados:** La versión española del ICQ-EV muestra un ajuste adecuado a la estructura unifactorial original, y una consistencia interna y fiabilidad interjueces satisfactoria. El ICQ-EV predice síntomas de Obsesión, Comprobación, Lavado y Acumulación, independientemente de la contribución de las creencias disfuncionales. Los pacientes con TOC mostraron puntuaciones más altas en ICQ-EV que los participantes no clínicos. **Discusión:** La versión española de ICQ-EV es un instrumento fiable para evaluar la confusión inferencial. El estudio apoya la relevancia del constructo en muestras con diagnóstico de TOC.

**Agradecimientos:** Ayuda RTI2018-098349-B-I00

## P.37 Aportación de la alianza y cohesión grupal al resultado terapéutico en TCC para el TOC

*Elena Cabedo, <sup>1,2</sup>*

*María Roncero<sup>2</sup>*

*Laura Quiles<sup>1</sup>*

*Mario Rodríguez<sup>1</sup>*

**<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia (HCUV) |**

**<sup>2</sup>Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Univ. de Valencia**

**Introducción:** el objetivo de este trabajo es examinar si la alianza terapéutica (AT) y la cohesión grupal (CG) se relacionan con los resultados del Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC) grupal para pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). **Método:** participaron 6 pacientes del circuito ambulatorio de Salud Mental del Hospital Clínico Universitario de Valencia iniciaron la intervención. 4 la completaron: 3 hombres y 1 mujer, de edades 22 -50 años, graves, y con tiempo de evolución entre 2 y 13 años. Dos presentaban comorbilidad secundaria. Instrumentos: Y-BOCS: para medir severidad del TOC; Escala de Inadaptación; Cuestionario de Grupo, que evalúa alianza terapéutica y cohesión grupal (3 subescalas: alianza terapéutica, trabajo positivo y relación negativa). Procedimiento: El tratamiento, manualizado, consistió en 12 sesiones semanales de TCC. La alianza terapéutica se midió en la 4ª sesión. El resto de instrumentos se aplicaron pre y post-tratamiento. **Resultados:** La severidad de la sintomatología a nivel grupal descendió de severa (YBOCS M= 27.75) a moderada (YBOCS M= 17.75) en el post-tratamiento. 3 pacientes redujeron sus síntomas un 40% y un 12% el cuarto. El nivel de inadaptación se redujo en estos 3. Quienes mostraron mejor respuesta el tratamiento también evidenciaron una mejor AT y CG. **Discusión:** Se trata de un estudio piloto con una muestra muy pequeña, lo cual ha condicionado una metodología observacional, y limita la generalización de las conclusiones. Sin embargo, la clara tendencia observada hacia una relación positiva entre los resultados de la terapia y la AT y la CG, subrayan el interés de seguir investigando con muestras amplias.

## P.38 Evaluación y tratamiento de los déficits cognitivos en personas con Trastorno Depresivo Mayor: revisión de la literatura

*Emma Vidal Bermejo<sup>1</sup>*

*Diego Carracedo Sanchidrián<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Hospital La Paz, IdiPaz, Madrid

**Introducción:** El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) cuenta con intervenciones psicoterapéuticas bien establecidas. Sin embargo, estas se han centrado en la sintomatología afectiva, entendiendo la cognitiva como secundaria. Nuestro objetivo es revisar las herramientas disponibles para evaluar déficits cognitivos en TDM y los tratamientos disponibles que incluyen el funcionamiento cognitivo como variable. **Método:** Revisión de la literatura en español e inglés indexada en PubMed entre los años 2005-2019 que versa sobre evaluación neuropsicológica en TDM; revisión de la literatura en español a inglés indexada en PubMed entre los años 2005-2019 que incluya variables cognitivas en el tratamiento del TDM. **Resultados:** Herramientas de evaluación más frecuentes: Trail Making Test para la evaluación de la Atención; Wechsler Memory Scale -III para la evaluación de la Memoria; Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin para la evaluación de las Funciones Ejecutivas; y Test de inteligencia para adultos de Wechsler para el funcionamiento intelectual. Además de los tratamientos bien establecidos como la Terapia cognitivo-conductual (TCC) o la Terapia interpersonal (TI), existen intervenciones que han probado sus beneficios en el funcionamiento cognitivo. Así, la terapia de remediación cognitiva computerizada (CCT) mejora la Atención (Hedge's  $g = 0,67$ ), Memoria de Trabajo ( $g = 0,72$ ) y funcionamiento global ( $g = 1,05$ ), pero no la memoria verbal ( $g = 0,08$ ); y la Terapia cognitiva basada en Mindfulness aporta datos que sugieren mejoría del funcionamiento atencional y ejecutivo. **Discusión:** Además de los tratamientos de primera línea, TCC y TI, existen alternativas como la CCT que pueden ser coadyuvantes para la mejoría de la sintomatología cognitiva, toda vez que existen herramientas para detectar dichos déficits.

