



# Acercamiento holístico a la problemática de la exclusión social, a propósito de un caso.

**Autores:** P. Vázquez-Batán<sup>1</sup>, A. Piñón-Blanco<sup>2,3</sup>, A. Rey-Pousada<sup>1</sup>, X. Campos-Mouroñ<sup>1</sup>, E. Carballido-Araujo<sup>1</sup>, R. Fernández-Martínez<sup>1,3,4</sup>, I. García-Fuentes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, EOXI-CHUVI, Vigo. <sup>2</sup>. Unidad Asistencial de Drogodependencias del Concello de Vigo CEDRO. <sup>3</sup>. Grupo de Investigación en Enfermedades Psiquiátricas (IIGS), Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur). <sup>4</sup>. SERGAS-UVIGO



## Introducción

La exclusión social es un proceso que afecta negativamente al desarrollo del individuo pudiendo incidir en el plano personal, social o económico. Entre los factores de riesgo estarían, entre otros indicadores: Adicciones, inmigración, desempleo, estigmatización o bajo nivel formativo. Son varios los usuarios de los recursos sanitarios y especialmente de los sociosanitarios, como es el caso de CEDRO, que se encuentran en esta situación de riesgo. Desde la psicología clínica tenemos muy presente la realidad física, social y económica del paciente ya que sabemos que dichas variables inciden en el bienestar psicológico, así como también encontramos influencias en dirección inversa. Para valorar, e intervenir si fuera necesario, contamos con diferentes instrumentos y técnicas de trabajo. Con estos no solo abordamos problemática relativa al estado psíquico del paciente sino también información de todas esas variables que sabemos se relacionan con nuestro objetivo de trabajo más directo, la psique. De esta manera nos acercaremos al paciente desde una perspectiva holística, valorando cada una de las partes y la interacción entre las mismas.

## Objetivos

El objetivo es mostrar que la realidad de exclusión social puede influir en los resultados de valoraciones neuropsicológica y/o psicopatológica. Así como incidir en la posibilidad de usar test psicométricos de neuropsicología, evaluación sintomática y de personalidad para valorar y reflejar el funcionamiento social y los problemas sociales, además de para la función principal que fueron elaborados. Así, como todos los estudios de caso, buscaremos un entendimiento comprensivo de la citada realidad, a través de su descripción y análisis

## Material

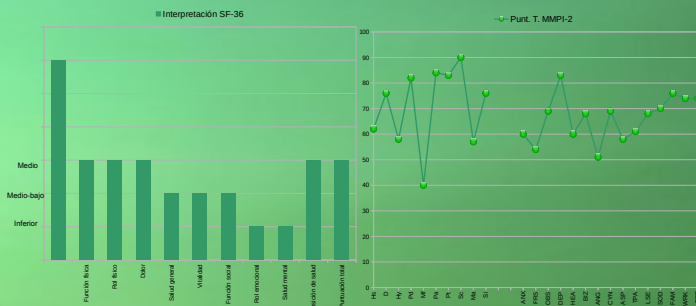
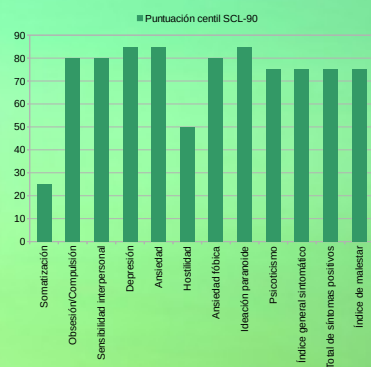
Evaluación individual a un paciente de CEDRO que acude a unidad de día. Se aplicó al paciente: entrevista inicial, una batería de evaluación neuropsicológica, El test de los 90 síntomas (SCL-90) el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2), entrevista de devolución y breve entrevista clínica.

## Presentación del caso

- Filiación:** Varón 53 años. Original de Marruecos. En España desde hace 30 años. Separado. No hijos. Segundo de una fratria de 5.
- Situación legal:** doble nacionalidad.
- Situación laboral/prestaciones:** Parado, pendiente de RISGA.
- Vivienda actual:** Piso terapéutico
- Antecedentes personales:** Víctima violencia familiar. Dos intentos autolíticos en adolescencia. Historia consumo perjudicial de alcohol. Antecedentes de Dependencia alcohólica en la familia.
- Datos consumo:**
  - Años de consumo: 25-20.
  - Patrón: Alterna periodos de consumo moderado con otros de abstinencia.
  - Situación actual: 3 meses abstinentes.

## Resultados

PRUEBAS	PUNTUACIÓN (Directa)	INTERPRETACIÓN (Centil/Std)
<b>BCSE</b>		
Orientación	5	59
<b>TOMM</b>		
Ensayo 1	48	Media
Ensayo 2	50	Media
Ensayo retención	50	Media
<b>WAIS-III</b>		
Clave de Números	7	16
Dígitos	7	16
Búsqueda Símbolos	8	25
Índice Velocidad Procesamiento	Cl=87	19
Iowa Gambling Test (IGT)	+32	Adaptativa
<b>TAVEC (Memoria)</b>		
Curva de aprendizaje (RITA)	4 - 8 - 8 - 10 - 11	-15d
Primacia	44%	35d
Media	17 %/ 17 %	-15d
Recencia	22%	05d
Reconocimiento	10	-25d
Falsos Positivos	2	15d
Discriminabilidad	82	-25d



**Neuropsicológicos:** Orientado, Velocidad de procesamiento media-baja, memoria verbal episódica anterograda media-baja, toma de decisiones adaptativas. No simulación. Posible influencia idioma.

**Calidad de vida relacionada con estado de salud:** Puntuaciones por debajo de la media en las escalas de rol emocional (0) y salud mental (0). Puntuación media-baja en función social.

**Psicopatología:** Sintomatología depresiva (desesperanza, disforia, apatía), ansiosa (tensión interna, miedo, necesidad de ayuda) y desordenes del pensamiento (miedo pérdida de autonomía, suspicacia).

**Personalidad:** Tendencia a la desconfianza, cautela y suspicacia. Hipersensibilidad hacia el rechazo o crítica que junto a lo anterior originan relaciones sociales empobrecidas, aislamiento y evitación de vínculos emocionales. Inconformidad consigo mismo.

**Indicadores exclusión social:** Problemas familiares, económicos y sociales. Desconfianza. Autoimagen negativa. Falta de control sobre su propia vida. Necesidad de ayuda. Desesperanza.

## Discusión:

- Obtenemos resultados compatibles con varias posibles impresiones clínicas. Entre ellas: Inteligencia normal-baja, problemas relacionados con el apego, desordenes emocionales o creencias delirantes.
- Como ya adelantamos, en todos los resultados se reflejan cualitativa o cuantitativamente la influencia de las variables sociodemográficas que rodean al paciente, incidiendo estas en los resultados obtenidos. Por ejemplo, obtiene puntuaciones significativas en ideación paranoide, que no responden a sintomatología psicótica sino que a la experiencia de exclusión social (nivel alto de alerta, desconfianza, cambios de identidad...). Si estas no fueran tenidos en cuenta podríamos cometer errores en las hipótesis clínicas, lo que nos podría llevar a fracasos en la intervención.
- Por tanto las exploraciones holísticas son un recurso a tener en cuenta. Con toda la información que extraemos de esta exploración podemos conocer el bagaje personal y los recursos (sociales, familiares, económicos...) de los que dispone la persona pudiendo así planificar estrategias más adecuadas para la elaboración de un programa terapéutico. Debemos tener en cuenta que la realidad personal y social de los pacientes son elementos fundamentales a considerar en la intervención adecuada para personas en riesgo de exclusión y su posibilidad terapéutica.

## Referencias bibliográficas:

Navarro-Lashayas, M. A. (2014) Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 34(124), 711-723.

Ylvisaker, M., Jacobs, H. y Feeney, T. (2003). Positive supports for people who experience behavioural and cognitive disability after brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 18, 7-3.

González-Romero, P., Sánchez-Crespo, G., Ampudia-Rueda, A. y Jiménez-Gómez, F. (2017) La precisión diagnóstica del MMPI-2 al evaluar los desajustes socio-familiares en personas con dependencia de sustancias. *Clinica y Salud*, 28(2), 53-57.

Kevin, R. Y. y Nathan, C. W. (2006). Assessing Alcohol-and Drug-Abusing Clients With the MMPI-2. En J. N. Butcher (Ed.), *MMPI-2: A practitioner's guide* (pp. 361-379). Washington, DC: American Psychological Association.

Polimeni, A. M., Moore, S. M. y Guenert, S. (2010). MMPI-2 profiles of clients with substance dependencies accessing a therapeutic community treatment facility. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 6, 1-9.

Taylor, S. E. (1991) *Seamos optimistas. Ilusiones positivas*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Muñoz Gómez P. y cols. (1990) El Hogar-Renacer, un avance en el tratamiento del alcoholismo marginal. *Comunicación libre a las XVII Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol*. En: Sociodrogalcohol, ed. Barcelona; 1990 (no recogido en el libro de actas).