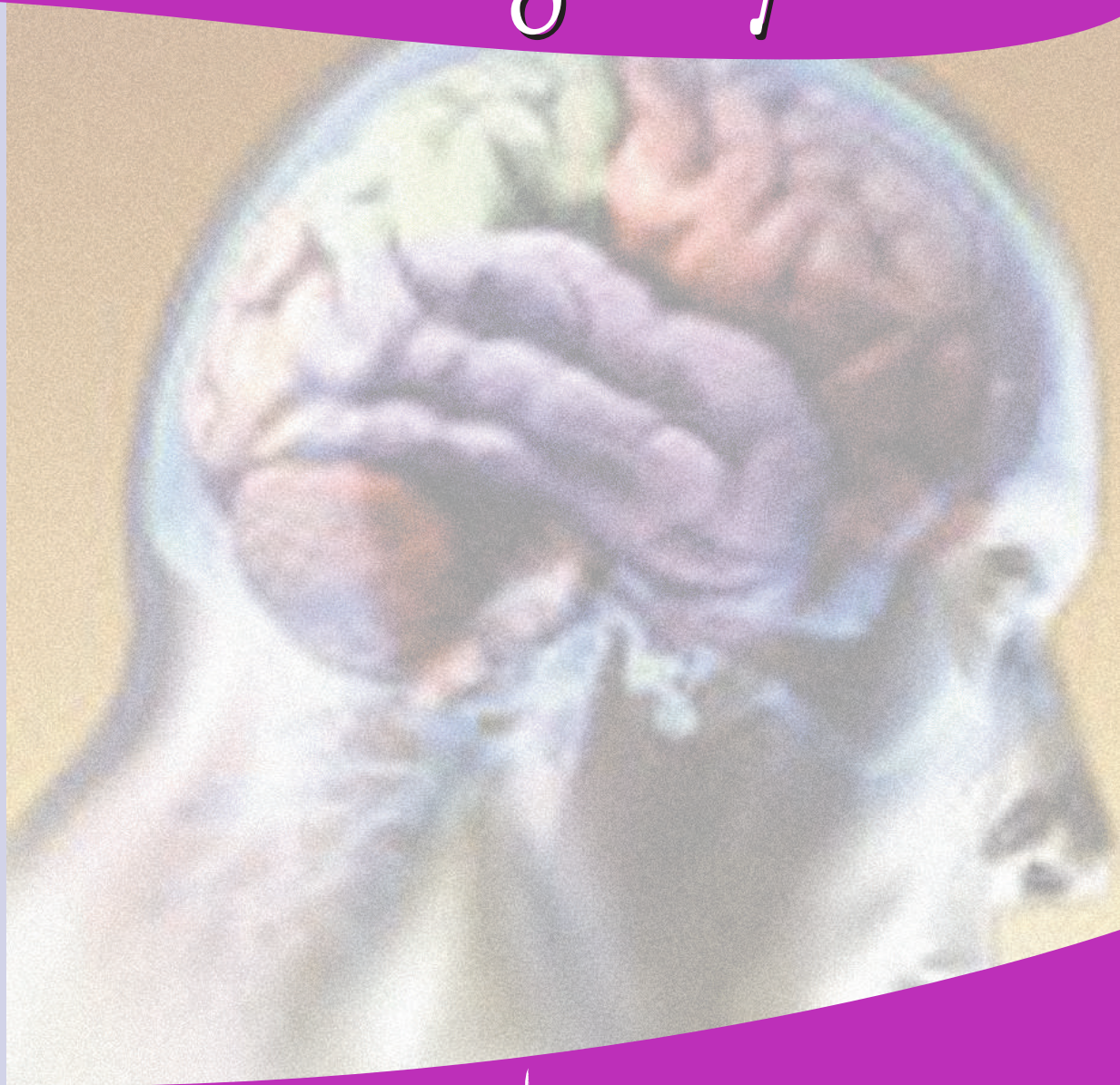


REVISTA DE PSICOLOGIA
Núm.22 Any 2024 Època III

Enginy



COPIB

Col·legi Oficial de Psicologia
de les Illes Balears

Enginy

Revista de Psicologia

Número 22 Any 2024 Època III



COPIB

Col·legi Oficial de Psicologia
de les Illes Balears

Enginy

Revista del Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears (COPIB)

Número 22 Any 2024 Època III

Dipòsit legal

PM-1405/1990

Consell Editorial

Junta de Govern del COPIB

Javier Torres Ailhaud, M^a José Martínez Muleiro, Coral Mínguez Artigues, Ana Maria Madrid Domenech, Joan Antoni Sancho Castañer, María de Diego Barquín, Marta Huertas Vecina, Lourdes Barros Garrido, Miriam Kefauver Silva, Xavier Revert Vidal, Francisca Bennàssar Font, Rubén Ceinós García, Maria Teresa Ferrero Hernández, Ana María Pallás Miralles

Comitè Científic

Catalina Carbonell Mesa, Esperanza Bosch Fiol, Jordi Pich Solé, José Maria Piñero Rodríguez, Luís M. Gallego Sáez, Teresa Jáudenes Gual de Torrella, Carmen Borrás Sansaloni, Pilar Ascaso Palacín, Cristobal Vilalonga Melis

Coordinador:

Joan Antoni Sancho Castañer

Correcció lingüística

Pere Antoni Joy Mayol

Abstracts

Marina Sancho Ferrer

Redacció i Administració

Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears

C/ Manuel Sanchís Guarner, 1 – 07004 Palma

Tel 971 76 44 69

e-mail: copib@cop.es

www.copib.es

Disseny, Maquetació i Impressió

Terrasa artes gráficas

C/ Gremi Forners, 35 - Polígon Son Castelló 07009 Palma

Tel 971 24 19 44

El Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears no es fa responsable de les opinions expressades en els articles publicats.

La revista Enginy està disponible de franc per a totes les persones interessades a la pàgina web del COPIB

S'ha respectat l'idioma utilitzat per la redacció dels articles dels autors corresponents

ÍNDEX

EDITORIAL Pàg 7

ARTICLES

IMPLICACIONS CLÍNiques DELS ESTUDIS DE L'AFERRAMENT: CANVIS NECESSARIS EN LA PRÀCTICA
PSICOTERAPÈUTICA BASADA EN L'EVIDÈNCIA.

IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS ESTUDIOS DEL APEGO: CAMBIOS NECESARIOS EN LA PRÁCTICA
PSICOTERAPÉUTICA BASADA EN LA EVIDENCIA.

CLINICAL IMPLICATIONS OF ATTACHMENT STUDIES: NECESSARY CHANGES IN EVIDENCE-BASED
PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE.

Ana Cortiñas Payeras Pàg 11

ESTUDI SOBRE LA RESPOSTA EMOCIONAL A LA MUSICOTERÀPIA DEL PACIENTE HOSPITALITZAT.

ESTUDIO SOBRE LA RESPUESTA EMOCIONAL A LA MUSICOTERAPIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.

STUDY ON THE EMOTIONAL RESPONSE TO MUSIC THERAPY OF THE HOSPITALIZED PATIENT.

M^a Teresa Ferrer Togores, Pau Català Amer i Mercedes Guibelalde del Castillo Pàg 27

EL LOCUS DE CONTROL EN PSICOTERÀPIA.

EL LOCUS DE CONTROL EN PSICOTERAPIA.

THE CONTROL LOCUS IN PSYCHOTHERAPY.

Belén Martín López, Eva Vallejo González, Jessica Sánchez Bauzá i Neus Fuster Sánchez Pàg 43

EL/LA COORDINADOR/A DE BENESTAR I PROTECCIÓ VERSUS LA FIGURA DEL PSICÒLEG/OGA EDUCATIU/A.

EL/LA COORDINADOR/A DE BIENESTAR Y PROTECCIÓN VERSUS LA FIGURA DEL PSICÓLOGO/A EDUCATIVO/A.

THE COORDINATOR OF LIVING AND PROTECTION VERSUS THE FIGURE OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGY.

Shannon De Jesús Argillier, Juana María Ribas Núñez, Cristina Hill Bestard i Patricia Bauzá Sastre Pàg 53

PROMOCIÓ DE LA SALUT MENTAL DES DE L'INSTITUT PER A LA CONVIVÈNCIA I L'ÈXIT ESCOLAR,

PLA D'ACTUACIÓ EN LA DETECCIÓ DE SITUACIONS COMPLEXES, UNA FEINA EN XARXA.

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DESDE EL INSTITUTO PARA LA CONVIVENCIA Y EL ÉXITO ESCOLAR,

PLAN DE ACTUACIÓN EN LA DETECCIÓN DE SITUACIONES COMPLEJAS, UN TRABAJO EN RED.

PROMOTION OF MENTAL HEALTH FROM THE INSTITUTE FOR COEXISTENCE AND SCHOOL SUCCESS,

ACTION PLAN FOR THE DETECTION OF COMPLEX SITUATIONS, A NETWORK WORK.

Catherine Adrover Bia i Aina Amengual Rigo Pàg 63

PERSPECTIVA PSICOLÒGICA SOBRE LA SITUACIÓ D'UCRAÏNA.

PERSPECTIVA PSICOLÓGICA SOBRE LA SITUACIÓN DE UCRANIA.

PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE ON THE SITUATION IN UKRAINE.

María Dolores Pujadas Sánchez Pàg 75

CONDUCTA AUTOLESIVA, AMB O SENSE IDEACIÓ SUÏCIDA, EN CENTRES D'EXECUCIÓ AMB MESURES

D'INTERNAMENT JUDICIAL PENAL PER A MENORS INFRACTORS.

CONDUCTA AUTOLESIVA, CON O SIN IDEACIÓN SUICIDA, EN CENTROS DE EJECUCIÓN CON MEDIDAS

DE INTERNAMIENTO JUDICIAL PENAL PARA MENORES INFRACTORES.

SELF-INJURING BEHAVIOUR, WITH OR WITHOUT SUICIDAL IDEATION, IN EXECUTION CENTRES

WITH CRIMINAL JUDICIAL CONFINEMENT MEASURES FOR JUVENILE OFFENDERS.

María Magdalena Picó Villalonga i Bernat M. Vidal Lara Pàg 89

INTERVENCIONS ASSISTIDES AMB CAVALLS: UNA MIRADA DES DE LA PSICOLOGIA.

INTERVENCIONES ASISTIDAS CON CABALLOS: UNA MIRADA DESDE LA PSICOLOGÍA.

HORSE-ASSISTED INTERVENTIONS: A LOOK FROM PSYCHOLOGY.

Marta Sáez Pérez Pàg 99

ARTTERÀPIA, CREATIVITAT I TRASTORN BIPOLAR.

ARTETERAPIA, CREATIVIDAD Y TRASTORNO BIPOLAR.

ART THERAPY, CREATIVITY AND BIPOLAR DISORDER.

Pilar Ascaso Palacín i Raimon Brines Ballester Pàg 109

LA INFLUÈNCIA DEL TAITXÍ EN LA SALUT MENTAL I LA DEPRESSIÓ.
LA INFLUENCIA DEL TAICHÍ EN LA SALUD MENTAL Y LA DEPRESIÓN.
THE INFLUENCE OF TAI CHI ON MENTAL HEALTH AND DEPRESSION.
Luis M. Gallego Sáez, Guillermo Morales Homar, Xavier Aranda i Patricia García-Pazo Pàg 127

ADDICCIÓ I/O ÚS PROBLEMÀTIC DE LES TECNOLOGIES DE LA INFORMACIÓ I LA COMUNICACIÓ:
INTERVENCIÓ EN JOVES DES DEL MODEL BIOPSIICOSOCIAL.
ADICCIÓN Y/O USO PROBLEMÁTICO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN:
INTERVENCIÓN EN JÓVENES DESDE EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL.
ADDICTION AND/OR PROBLEMATIC USE OF INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES:
INTERVENTION IN YOUNG PEOPLE FROM THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL.
Olga Olivé Pàg 141

EL PAPER DE LA PSICOLOGIA EN LA DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL.
EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.
THE ROLE OF PSYCHOLOGY IN INTELLECTUAL DISABILITY.
Cristina Marqués Santandreu, Sandra Conti Mayans i Ignacio Sánchez Cubillo Pàg 149

PREMIS D'INVESTIGACIÓ

HACIA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON:
LA NEUROPSICOLOGÍA COMO DISCIPLINA CLAVE EN SU ABORDAJE INTEGRAL.
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICO-NEUROPSICOLÓGICO
EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.
Antònia Siquier Perelló Pàg 163

TREBALLS DE FI DE GRAU

PROGRAMA D'INTERVENCIÓ BASAT EN TERÀPIA DE PARELLA CENTRADA EN LES EMOCIONS (TPCE)
PER A PARES DE FILLS AMB AUTISME.
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN TERAPIA DE PAREJA CENTRADA EN LAS EMOCIONES (TPCE)
PARA PADRES DE HIJOS CON AUTISMO.
INTERVENTION PROGRAM BASED ON EMOTIONALLY FOCUSED COUPLES THERAPY (EFCT)
FOR PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM.
Antonia Rivera Mari Pàg 189

AVALUACIÓ DE LA INTEL·LIGÈNCIA EMOCIONAL I LA SEVA RELACIÓ AMB EL COMPROMÍS
I LA SATISFACCIÓ LABORAL EN EL SECTOR TÈXTIL.
EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON EL COMPROMISO
Y LA SATISFACCIÓN LABORAL EN EL SECTOR TEXTIL.
EVALUATION OF EMOTIONAL INTELLIGENCE AND ITS RELATIONSHIP WITH ENGAGEMENT
AND JOB SATISFACTION IN THE TEXTILE SECTOR.
Gabriela Ionela Manicea Pàg 207

ÚS PROBLEMÀTIC DEL MÒBIL I PSICOPATOLOGIA: UN ESTUDI CORRELACIONAL
EN ADOLESCENTS ESPANYOLS.
USO PROBLEMÁTICO DEL MÓVIL Y PSICOPATOLOGÍA: UN ESTUDIO CORRELACIONAL
EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES.
PROBLEMATIC USE OF MOBILE PHONES AND PSYCHOPATHOLOGY: A CORRELATIONAL STUDY
IN SPANISH ADOLESCENTS.
M. Magdalena Mascaró Pol Pàg 227

EDITORIAL

La publicació que teniu a les mans reafirma el compromís del Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears (COPIB) amb la Psicologia i, especialment, amb els psicòlegs i psicòlogues de les Illes Balears. Des dels seus inicis, ENGINY ha prioritzat els treballs i col·laboracions de professionals de la nostra comunitat, reconeixent el valor de les seves contribucions al benestar i desenvolupament de la nostra societat.

És important destacar la rellevància que els col·legiats i col·legiades continuïn participant activament en la creació i difusió d'articles de qualitat. Cada publicació és una oportunitat per compartir experiències, investigacions i enfocaments que enriqueixen el nostre camp, contribuint a l'avanç de la Psicologia des d'una perspectiva local i propera. D'aquesta forma, s'enforteix no només la nostra professió, sinó també el vincle amb la realitat de la ciutadania de les Illes Balears, a qui servim amb la nostra tasca diària.

En aquesta revista, que té l'orgull de ser l'única publicació especialitzada en Psicologia a les Illes Balears, s'han abordat tant temes d'intervenció clàssics com àrees d'actuació innovadores, la qual cosa reflecteix l'evolució i adaptació contínua de la nostra disciplina a les demandes contemporànies. Aquest enfocament integral permet als nostres lectors mantenir-se al corrent dels avenços en Psicologia i els brinda l'oportunitat de conèixer les pràctiques professionals que s'estan implementant a la nostra comunitat.

La nostra revista, amb una llarga trajectòria, és un reflex constant del treball rigorós i compromès dels i de les professionals de la Psicologia de les Illes, destacant la importància de visibilitzar i divulgar el coneixement generat des d'aquí. Per aquest motiu, convidam, una vegada més, a tots els col·legiats i col·legiades a seguir sent part activa d'aquest projecte, contribuint amb els seus articles i estudis.

Volem agrair profundament a tots els autors que han col·laborat en aquest nou número així com al comitè científic que, amb el seu temps i experiència, han fet possible que aquesta edició arribi a bon port. I sense oblidar-nos de totes aquelles persones que han duit a terme la coordinació i la posada a punt de la revista.

Gràcies a la dedicació i esforç de tots ells i elles, aquesta edició continua sent un referent de qualitat i una plataforma indispensable per a la divulgació del coneixement de la Psicologia a les nostres illes. El nostre objectiu és que cada lector trobi en aquestes pàgines informació valuosa i útil per a la seva pràctica professional i personal.

Palma, novembre de 2024

Javier Torres Ailhaud

Degà del Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears

ARTICLES

IMPLICACIONS CLÍNQUES DELS ESTUDIS DE L'AFERRAMENT: CANVIS NECESSARIS EN LA PRÀCTICA PSICOTERAPÈUTICA BASADA EN L'EVIDÈNCIA

IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS ESTUDIOS DEL APEGO: CAMBIOS NECESARIOS EN LA PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

CLINICAL IMPLICATIONS OF ATTACHMENT STUDIES: NECESSARY CHANGES IN EVIDENCE-BASED PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE

ANA CORTIÑAS PAYERAS

Psicòloga colegiada B-00486

Psicòloga general sanitària 3935

Coordinadora del Grupo de estudios del apego del COPIB

Centro de trabajo: Gabinet de Psicologia i Sexologia

Contacto:

anacor@cop.es

RESUM

En aquest article s'intentarà donar a conèixer totes les implicacions dels estudis del vincle afectiu en la psicoteràpia i en la clínica. Es donaran raons per a valorar com les teràpies que suposadament es basen en l'evidència -que s'ensenyen en la formació acadèmica de la Psicologia i que s'exigeixen en el Sistema Públic de Salut-, manquen de l'adequada actualització dels coneixements i, per tant, no estan basades en una Psicologia assentada en investigacions actuals que integri tots el coneixements que expliquen amb fonament la naturalesa humana intersubjectiva i no solament racional. La Psicologia acadèmica i clínica que s'ensenya a les universitats i centres sanitaris de salut mental, segueix amb la idea de la ment humana com unipersonal, aïllada, hereva de plantejaments ontològics cartesians superats per la ciència actual. D'aquesta manera, tampoc poden explicar de forma adequada el desenvolupament de la psicopatologia. Alhora, es defensarà en aquest article que els descobriments de les neurociències del vincle afectiu i en els estudis sobre el desenvolupament humà realitzats arran de la teoria pionera plantejada per Bowlby, marquen unes línies de treball en la psicologia clínica que haurien d'informar qualsevol procediment terapèutic que vulgui basar-se en la ciència i les evidències científiques.

PARAULES CLAU: John Bowlby, vincle afectiu, teràpia basada en l'evidència, desenvolupament humà, estudis longitudinals, neurociències, intersubjectivitat, desenvolupament de la psicopatologia

RESUMEN

En este artículo se intentará dar a conocer todas las implicaciones de los estudios del apego en la psicoterapia y en la clínica. Se darán razones para valorar cómo las terapias que supuestamente están basadas en la evidencia -que se enseñan en la formación académica de la Psicología y que se exigen en el Sistema Público de Salud-, adolecen de la adecuada actualización de los conocimientos y, por ende, no están basadas en una Psicología asentada en investigaciones actuales que integre todos los conocimientos que explican con fundamento la naturaleza humana intersubjetiva y no solamente racional. La Psicología académica y clínica que se enseña en universidades y centros sanitarios sigue entendiendo la mente humana como unipersonal, aislada, heredada de planteamientos ontológicos cartesianos superados por la ciencia actual. Por tanto, tampoco pueden explicar adecuadamente el desarrollo de la psicopatología. A su vez, se defenderá en el artículo que lo descubierto en las neurociencias del apego y en los estudios sobre el desarrollo humano a partir de la pionera teoría planteada por Bowlby, marca una línea de trabajo en la psicología clínica que debería informar cualquier procedimiento terapéutico que pretenda basarse en las ciencias y en las evidencias científicas.

PALABRAS CLAVE: John Bowlby, apego, terapia basada en la evidencia, desarrollo humano, estudios longitudinales, neurociencias, intersubjetividad, desarrollo de la psicopatología

ABSTRACT

Reasons will be given to assess how therapies that are supposedly based on evidence - which are taught in academic training in Psychology and which are required in the Public Health System - lack adequate updating of knowledge and, therefore, are not based on a Psychology based on current research that integrates all the knowledge that explains with foundation the intersubjective and not only rational human nature. Academic and clinical psychology taught in universities and health centres continues to understand the human mind as a single-person, isolated entity, inherited from Cartesian ontological approaches that have been superseded by current science. Therefore, they cannot adequately explain the development of psychopathology. In turn, the article will argue that what has been discovered in the neurosciences of attachment and in studies on human development based on the pioneering theory proposed by Bowlby, marks a line of work in clinical psychology that should inform any therapeutic procedure that claims to be based on science and scientific evidence.

KEY WORDS: attachment, John Bowlby, evidence-based psychotherapies, human development, neurosciences, intersubjectivity, development of psychopathology

¿QUÉ ES EL APEGO? FORMULACIÓN INICIAL DE LA TEORÍA POR JOHN BOWLBY

En los últimos años, el apego ha tomado fuerza como concepto en las distintas propuestas terapéuticas, e incluso ha tenido una popularización en redes sociales que ha supuesto, en el fondo, una banalización, al simplificar y malentender toda la implicación que tiene el apego en el desarrollo psicológico humano. Así, se hacen vídeos y escritos sobre los estilos de apego, y se confunde el apego con una relación que se establece de forma determinada, sin tener en cuenta la profundidad, las implicaciones y el cambio de paradigma en Psicología que suponen los estudios del apego. Se requiere, por tanto, entender de verdad qué es el apego.

Bowlby (1989) define el apego como el fuerte impulso que se tiene al nacer, a establecer una relación con un cuidador que provea protección y seguridad a la prole y permita, por tanto, la supervivencia de la especie. El apego, para Bowlby, es una conducta instintiva ambientalmente lábil -tal como se distinguen los instintos en la Etología- ya que la forma que tome el apego en los distintos infantes dependerá del ambiente familiar y cultural en el que han nacido, y no es un patrón establecido de comportamiento independiente del aprendizaje, como sucede en algunos animales con instintos estables, como, por ejemplo, la forma en las que las aves hacen el nido. Aun así, el sistema de apego es un sistema conductual de base etológica que compartimos con los mamíferos, y tiene una serie de conductas observables que son estimuladas por sucesos internos como el hambre y el malestar interno, y estímulos externos como la soledad, algunos sonidos y la visión de lo

desconocido que pueden ser posibles peligros a la supervivencia. Ante un infante que presenta malestar, miedo o enfermedad, el cuidador regula y provee de lo necesario para dar seguridad y regula cualquier malestar físico o emocional de la criatura. Sin embargo, en la realidad de la especie humana, el cuidador puede proveer o no, y el ambiente posibilitará -o no- el resultado final de la satisfacción o frustración que tiene el infante respecto a las necesidades de apego.

Dado que el impulso que se tiene es instintivo y forma parte de la naturaleza humana, la frustración de la provisión de cuidados y seguridad comporta una fuente de sufrimiento psicológico que explica el desarrollo posterior de problemas psicológicos y psiquiátricos a lo largo del ciclo vital. El apego -para Bowlby- es una necesidad que acompaña a lo largo de la vida, *desde la cuna a la tumba*, y la ruptura y pérdida de las relaciones significativas pueden ser una gran fuente de sufrimiento psicológico a pesar de una infancia feliz. Será mucho peor si dicha infancia no fue satisfactoria.

Entonces, para que la necesidad de apego sea satisfecha, se requiere de cuidadores presentes, disponibles, sensibles y empáticos que provean de la sensación de seguridad y protección, alejen de los peligros y regulen emocionalmente los afectos de los infantes para que, al crecer, las criaturas puedan aprender a explorar el mundo y aprender a sobrevivir en la sociedad en la que les ha tocado nacer. Para eso, sus figuras de apego deberán ayudar a manejar las emociones y darles la confianza y la orientación para regularse y seguir explorando. Las experiencias del apego satisfecho o frustrado generan representaciones mentales que Bowlby llama *modelos operativos internos*, que son es-

quemas afectivo-cognitivos que guardan las creencias de uno mismo como valioso y digno de amor (o su contrario) y de los demás como dignos de confianza o desconfianza. Junto a las creencias, se asocian los afectos ligados a las experiencias que han dado lugar a los esquemas. Podríamos decir que la influencia de Piaget en el pensamiento de Bowlby, y la influencia de Bowlby en el pensamiento piagetiano, ha hecho que se dé cada vez más importancia a los afectos y su significado en el desarrollo afectivo-cognitivo del ser humano, dando mayor importancia a la base sensoriomotriz y afectiva de los esquemas, y no únicamente a la cognición (Gallese y Morelli, 2024). En palabras del investigador de origen español Álvaro Pascual-Leone (conferencia en la UAM, 1986), todo esquema cognitivo ha sido antes un esquema afectivo.

La supervivencia depende de tener un cuidador adulto que proteja de los peligros y malestares desconocidos en un ser que ha cambiado de un entorno contenedor y líquido del útero, a la vida aérea y desprovista de límites contenedores, en donde si no hay brazos que lo acojan, la experiencia preverbal puede ser aterradora. Por tanto, dichos peligros y malestares sentidos por un cerebro inmaduro hacen que una criatura que ha nacido necesite de un adulto que calme e interprete lo que le está sucediendo al bebé en un interior que aún no ha sido delimitado en el inicio de la vida. Dependerá de que la figura de apego interprete, calme y ponga límites a lo que le sucede para no sentirse desintegrado. Pero, aunque la figura de apego no sea óptima, el infante se apega igualmente por la necesidad de relación dada como adaptación para su supervivencia, estableciendo mecanismos defensivos para los afectos y emociones abrumadores para el sistema nervioso

en formación aún, y que no puede tolerar. Por tanto, este camino de desarrollo subóptimo obligará a establecer patrones y estrategias que condicionarán los desarrollos futuros de su personalidad y eso supondrá que algunas necesidades de apego y algunas emociones no estarán bien reguladas a lo largo de la vida, así como su sistema de alerta que puede estar crónicamente activado o con difícil vuelta al reposo. Por tanto, dichas emociones desreguladas, los problemas de intimidad debido a sus esquemas afectivo-cognitivos de relaciones insatisfactorias y, la dificultad de afrontar el estrés, serán la fuente de sufrimiento con la que los clínicos nos encontraremos luego en la consulta.

Los mecanismos defensivos fueron explicados por Bowlby a partir de los avances en su época de la psicología cognitiva. Según los avances de los estudios sobre la atención, memoria y conciencia, no todos los esquemas afectivo-cognitivos pueden alcanzar la conciencia ni pueden ser narrados como ocurre con los eventos almacenados en la memoria semántica. Muchos esquemas afectivo-cognitivos son almacenados en la memoria episódica y, en realidad, los modelos operativos internos iniciales del apego son almacenados en la memoria preverbal procedimental. En estos casos, para poder sobrevivir a la desregulación emocional, muchos infantes excluyen de su memoria semántica y, sobre todo, episódica, las interacciones perturbadoras con sus cuidadores. Este es un apartado de la teoría (y de las evidencias de ésta) que será crucial para las implicaciones en la clínica psicoterapéutica. Más adelante, al explicar las neurociencias del apego podrá entenderse cómo los mecanismos de defensa implican diferencias en la estructura cerebral de un

bebé con apego seguro de uno que no lo tiene establecido de forma segura.

EVIDENCIAS DE LA TEORÍA

Distintos estudios han permitido comprobar y ampliar las tesis iniciales de Bowlby. Los estudios de Mary Ainsworth con sus observaciones de las relaciones madre-bebé en Uganda y, posteriormente, con el desarrollo del experimento de la *situación extraña* (SE) en la Universidad de John Hopkins en Baltimore, dieron evidencia científica de que la teoría de Bowlby era cierta y observable y generó un cuerpo de investigación a lo largo de todo el mundo. Sus estudios establecieron las pautas de crianza que posibilitan el apego seguro y observaron patrones de inseguridad y desorganización en las crianzas subóptimas – patrones de apego que luego se han popularizado y que han simplificado toda la teoría del apego a una serie de estilos de relación-. Su discípula M. Main amplió los estudios iniciales de M. Ainsworth (fue ella quien añadió el patrón de desorganización) y creó la *entrevista del apego adulto*, con la que se pudo correlacionar las historias de apego de los padres -incluso antes del nacimiento de los bebés- con los patrones observados en la SE.

Simultáneamente, D. Stern (un psicólogo estadounidense del desarrollo afincado en Ginebra) a través de los estudios de la observación sistemática de vídeos de las interacciones madre-bebé, comprobó que se establecían representaciones mentales de dichas interacciones en los bebés de pocos meses de edad, que darían lugar a las representaciones mentales del apego. Stern, en su libro *El mundo interpersonal del infante*, describió cómo a través de las interacciones, los bebés generaban un sentido del *self* personal

que se ha dado en un espacio intersubjetivo. Stern coincide con Trevarthen (1989), otro psicólogo del desarrollo en Edimburgo, que describió los distintos estadios de la intersubjetividad en las interacciones del bebé con la figura de apego.

Los discípulos de Stern, B. Beebe, F. Lachmann (2002) y E. Tronick (2007) confirmaron las evidencias de la formación de las representaciones mentales en bebés, y establecieron patrones de interacción en los bebés de tres y cuatro meses que correlacionaban con los patrones de Ainsworth y Main que se mostrarán más adelante entre el año y el año y medio. Estos estudios de observación interactiva mostraron patrones de relación en donde la sintonía afectiva se rompe y se repara, y es la reparación la que construye la relación de apego seguro (Tronick, 2007, 2020). Sus estudios dieron lugar también a que el análisis de microinteracciones pudiera ser utilizado en la clínica para mejorar el intercambio afectivo y posibilitar que las figuras de apego aprendan a dar seguridad en su relación de apego.

La *entrevista del apego adulto* (AAI, por sus siglas en inglés) creada por M. Main et al. ayudó a establecer la posibilidad de estudios longitudinales que correlacionaran las representaciones narradas del apego por parte de los padres gestantes, con los patrones que se establecerían en el futuro con sus hijos, y que podrían ser evaluadas a través de vídeo, de la *situación extraña* y de las nuevas formas de evaluación del apego que se fueron generando con posterioridad.

De todos los estudios longitudinales, el más extenso y completo es el estudio de Minnesota, dirigido por A. Sroufe (1975, 2005), que se inició en 1975 con una población con riesgo

de maltrato ligado a la pobreza, y que prosigue en la actualidad. Este estudio dio lugar a un libro con las conclusiones treinta años después de su inicio, en el que se estableció como evidencia que el apego es crucial en el desarrollo de la persona, y que está directamente ligado con el desarrollo de la empatía, el comportamiento prosocial, la regulación emocional y la elección futura de pareja; y, de forma indirecta, con la sociabilidad con los iguales.

Otro estudio longitudinal digno de mención es el *London family parent-child Project*, dirigido por H. Steele, M. Steele, P. Fonagy y M. Target (1986), que determinaron en una población no clínica que la forma en la que los futuros padres narraban sus historias de apego en la *entrevista del apego adulto* correlacionaba con los patrones de apego que luego se evaluaban en la *situación extraña* al año o año y medio del nacimiento de sus bebés. Los autores de la investigación observaron que la característica que los futuros padres presentaban en la AAI (Adult Attachment Interview) era la capacidad de reflexionar sobre los estados mentales de sus cuidadores. Inicialmente, a esta capacidad se le llamó *función reflexiva*, aunque luego fue más desarrollada por Fonagy con el nombre de *mentalización*. Luego veremos cómo la capacidad de mentalizar y de desarrollar la mentalización en los pacientes será un requisito necesario de una terapia exitosa.

EVIDENCIA NEUROCIÉNTIFICA DE LA IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES DE APEGO

Investigadores de las neurociencias del apego, como D. Siegel y A. Schore, han determinado el modo en que el cerebro neonatal e infantil

se desarrolla en las relaciones tempranas de apego. En palabras de A. Schore (1994), la figura de apego actúa como un neocórtex externo que ayuda a regular las emociones de los infantes y les permiten establecer sinapsis neuronales entre las estructuras primitivas cerebrales y las estructuras más evolucionadas con el desarrollo posterior de la corteza cerebral. La regulación emocional externa del bebé se realiza (como describió D. Stern) a través de elementos de la comunicación no verbal entre el infante y su figura de apego. Estos elementos son táctiles-posturales (que regulan la activación de segmento simpático del sistema nervioso autónomo), visuales (las respuestas de expresión facial a las iniciativas del bebé) y auditivas (el tono de voz, la prosodia, frecuencia y ritmo de las vocalizaciones en sintonía con las del bebé). Estos elementos implican la estimulación de la parte ventral del nervio vago, que es la que posibilita la neurocepción de seguridad de la criatura (Porges, 2011). Según Porges (2011) y Schore (2019) una buena estimulación del nervio vago-ventral, al tiempo que regula la activación del sistema nervioso simpático, permite que el sistema límbico y, sobre todo la amígdala, tengan una maduración adecuada y que permitan la formación de sinapsis neuronales entre las estructuras emocionales del cerebro y el neocórtex, que madurarán a lo largo de los primeros años. También permitirá que se desarrollen óptimamente estructuras como el giro cingulado y la ínsula, por la que los niños podrán desarrollar un *self* psíquico integrado que les dará un sentido de agencia. Por el contrario, cuando esto sucede de forma subóptima o hay directamente una desregulación traumática, las estructuras del sistema límbico como el hipocampo y la amígdala derecha son sobredimensionadas, el sistema nervioso autónomo se decanta hacia una

hiperactivación simpática y/o una hipoactivación, y no se realizan las sinapsis adecuadas, dejando al bebé con la única salida neuronal de la desconexión entre el sistema emocional cerebral y el neocórtex prefrontal. Eso será fuente de futuras disfunciones en cuanto a la regulación emocional, la empatía y la vivencia desregulada de la intimidad emocional, dando lugar a un sentido del *self* fragmentado y con mucha facilidad para tener experiencias de falta de control como en el trastorno límite de personalidad o, al contrario, con una obsesión por el control, como en los trastornos obsesivos o en la anorexia.

El procesamiento emocional se realiza principalmente -sobre todo en el primer año de vida- por las estructuras cerebrales del hemisferio derecho. La sintonía entre la figura de apego y el bebé se entiende como una sintonía entre dos hemisferios derechos, y se realiza fuera de la conciencia (Schoore, 2019). Esta gramática no verbal de comunicación humana perdurará a lo largo de la vida entre las personas, ya que se convierte en aprendizaje procedimental relacional, que se almacena en la memoria procedimental automática y no necesariamente consciente. Lo aprendido en el inicio de la vida continuará en el futuro a no ser que otras personas produzcan modificaciones en la memoria procedimental relacional. Esto último será de vital importancia para las relaciones terapéuticas, como se verá a continuación.

Por otra parte, también es en el hemisferio derecho donde se sitúa la corteza somatosensorial (Damasio, 1994) lo que en el caso de relaciones de apego subóptimas puede dar lugar a disfunciones en cuanto a la conciencia de la interocepción, vital para la empatía, para la memoria corporal procedimental, y para la

representación del esquema corporal. Esto último también es de capital importancia para la terapia.

IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS ESTUDIOS DEL APEGO: CAMBIOS NECESARIOS EN LA PSICOTERAPIA BASADA EN LA EVIDENCIA

En las últimas décadas de la enseñanza universitaria de la Psicología ha sido heredera de una filosofía de la ciencia positivista que ha relegado a pseudociencia todo lo que no provenga del legado del conductismo americano. También es heredera de una ontología cartesiana, lo que implica un dualismo entre mente y cuerpo, y un individualismo en el que el ser humano aparece aislado de los demás y su entorno. Pretender que la ciencia está libre del entorno en el que nace y de sus bases filosóficas, religiosas y metafísicas es, hoy en día, una ingenuidad fácilmente falsable.

Bien es cierto que el conductismo se fue ampliando a la psicología cognitiva y que las propuestas psicoterapéuticas actuales son las denominadas psicoterapias cognitivoconductuales de tercera generación, donde la necesidad de dar respuesta a realidades propias de los seres humanos que acuden a consulta ha obligado a ampliar las propuestas terapéuticas y se han desarrollado nuevas psicoterapias cognitivoconductuales. Así, es frecuente encontrar propuestas de terapia basada en el compromiso, unido a *mindfulness* y compasión. Se han generado procedimientos *ad hoc* como la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) o terapia de esquemas, para poder trabajar con realidades traumáticas de sucesos o relacionales, pero ninguna propuesta tiene una visión íntegra del desarrollo psicológico del ser

humano, y mucho menos del desarrollo de la psicopatología. Estos desarrollos posteriores podrían considerarse teorías y técnicas *ad hoc* que muestran cómo el paradigma científico utilizado en la Psicología académica actual se ve necesitado de un cambio para poder dar explicación a fenómenos que no son expuestos de forma adecuada por las explicaciones propias del paradigma cognitivoconductual (Kuhn, 1962). Cualquier propuesta psicoterapéutica ligada a la psicología cognitivoconductual, proviene del mundo estadounidense, culturalmente individualista, donde el ser humano es visto desde la óptica del aislamiento cartesiano y en el que se da una preponderancia a la razón. Sin embargo, los estudios del desarrollo infantil y la neurociencia actual (antes que el pensar es el sentir: Damasio, 1994) promueven que la Psicología abandone la metafísica de la *res cogitans* aislada del mundo y se entienda que un sistema nervioso individual -base estructural de la mente- requiere del ambiente para desarrollarse. Hoy en día se entiende que la mente es más que el cerebro y que es un mundo intersubjetivo habitado por otros con los que se conversa. Esos otros serán la base también de la relación con uno mismo (Marrone, M. & Diamond, N., 2003).

Por otra parte, las evidencias científicas de las psicoterapias suelen basarse en variables ligadas al procedimiento psicoterapéutico que a veces no contemplan todo lo que sucede dentro de la relación terapéutica, y que no siempre aguantan un metaanálisis, o un análisis de resultados a lo largo del tiempo. Muchos estudios de resultado se limitan al número de semanas que los seguros médicos ofrecen a sus asegurados, y hay una presión a encontrar cambios en poco tiempo. Dichos cambios -que se valoran justo después del

procedimiento, y sin saber qué otras variables han intervenido- se ofrecen como evidencia científica, cuando en realidad es una ciencia cuya objetividad se ve a través de las lentes de la presión sociocultural estadounidense. Pero la terapia no ocurre así en la consulta clínica, en la que se requieren muchas sesiones sólo para establecer la alianza terapéutica y recoger la anamnesis. Además, se añade que la terapia -como todo nuevo aprendizaje- requiere de múltiples repeticiones. La terapia produce cambios en la estructura cerebral, siempre que se dé el tiempo necesario para que esto sea posible (Schore, 2019). Así, muchas propuestas psicoterapéuticas son protocolos de actuación que no tienen en cuenta que la mayor parte de varianza en el resultado en cualquier propuesta psicoterapéutica son características de la relación (Muran y Safran, 2005) y que hay otros factores que influyen en el resultado terapéutico, solo que no se controlan como variables intervinientes.

Por otra parte, la relevancia de los procesos traumáticos en los pacientes que son la base que sostienen los síntomas por los que consultan los pacientes -en donde se hace evidente que la memoria corporal y procedimental juega un papel relevante (Bessel van der Kolk, 2014; Peter Levine, 2012; Gabor Maté, 2023; Pat Ogden, 2009)- ha generado una serie de nuevas propuestas psicoterapéuticas que suelen provenir de Norteamérica en donde se generan protocolos con pequeñas variaciones y sujetas a *copyright* que se han de pagar de forma privada para ser aprendidas (desde luego, con precios estadounidenses). Es cierto que algunas de estas propuestas tienen en cuenta el apego, pero éste se entiende de forma superficial y sin una verdadera propuesta de entender la naturaleza humana y las razones por las que

los pacientes presentan las dificultades y los sufrimientos que presentan. De este modo son procedimientos útiles, pero que no se imbrican en una propuesta explicativa del desarrollo humano normal o psicopatológico, y no plantean ninguna crítica a la Psicología académica, ya que sólo se presentan como protocolos bien codificados para que puedan inscribirse en la lista de terapias basadas en la evidencia. No obstante, dejan a los alumnos sin los conocimientos para poder tener un espíritu crítico y así flexibilizar las propuestas dadas en función de la persona que tienen delante. En realidad, obligan a que los profesionales de la Psicología sean meros técnicos con un protocolo a desarrollar sin entender que la relación psicoterapéutica se produce en un espacio intersubjetivo de intercambio mutuo. Utilizan las carencias de la Psicología académica para conseguir un negocio formativo a costa de la salud mental.

¿POR QUÉ DEBERÍAN SER LOS ESTUDIOS DEL APEGO LA BASE DE TODA PSICOTERAPIA?

Si la Psicología quiere ser una ciencia y aplicarse con propiedad, deberá hacer un cambio de paradigma (Khun, 1962) y progresar más allá del positivismo lógico para poder explicar de forma integral todos los aspectos de la vida humana y dar respuesta a las necesidades de las personas que presentan sufrimiento psicológico. Por eso se presentan los siguientes puntos por los que los estudios del apego deberían ser el puntal de la psicología clínica actual:

1) Los estudios del apego nos dan una visión fundamental de la naturaleza humana y de cómo el inicio de la vida se imbrica con otros sistemas motivaciona-

les como el de juego y exploración, el sexual, la conexión emocional, entre otros. Al mismo tiempo, es una psicología evolucionista que explica cómo los humanos, como otros seres vivos, debemos adaptar el comportamiento con el objetivo de la supervivencia.

2) Los estudios del apego superan el dualismo cartesiano entre mente y cuerpo, la ontología que entiende al ser humano aislado de los demás y del resto del mundo. El apego implica una psicología intersubjetiva y multipersonal, que entiende que las relaciones humanas son la base de cualquier psicoterapia; porque es en ellas donde se aplica cualquier técnica y se producen los cambios.

3) Los estudios del apego dan una visión compleja y sistémica del ser humano y entienden las dificultades humanas en un contexto sociocultural y político de adaptación. Por tanto, es una psicología inclusiva, respeta las diferencias culturales y étnicas, y entiende al ser humano en su deseo universal de conexión emocional. También tiene una vertiente ética ya que entiende que es la seguridad en el apego lo que promueve que existan los ambientes seguros de desarrollo y crecimiento, y viceversa; se requieren ambientes seguros y de respeto a los derechos humanos para que haya posibilidad de micro interacciones seguras y no estresantes. No hay que olvidar que el apego seguro está directamente relacionado con la conducta prosocial y la capacidad de cooperación por lo que la mejora en la seguridad sentida ayuda a las sociedades a ser más cooperativas y menos violentas.

4) Los estudios del apego están abiertos a nuevos experimentos y estudios que modifiquen lo planteado anteriormente. Son estudios abiertos a la falsación (Popper, 1975). Así, es admitida la crítica de que muchos estudios basados en la *situación extraña* de Mary Ainsworth no tienen en cuenta las diferencias culturales a la hora de valorar los patrones de apego y se han realizado metaanálisis de diferentes estudios multiculturales que han falsado (Popper, 1975) o evidenciado ciertos datos.

5) Los estudios del apego nos dan una visión del desarrollo psicopatológico a lo largo del ciclo vital y de los factores de protección que promueven la resiliencia. Por tanto, los estudios del apego pueden informar los programas en salud mental en todos los niveles de prevención individual y comunitaria primaria, secundaria o terciaria. Da conocimientos para trabajar al inicio de la vida y mejorar la salud de las nuevas generaciones.

6) Los estudios del apego nos dan evidencias del papel del terapeuta en la relación con su cliente y lo que es necesario desarrollar como psicoterapeuta para convertirse en una figura de apego que permita explorar las emociones y recuerdos que forman parte de las dificultades de la persona que consulta.

7) Los estudios del apego nos dicen cuáles deben ser las formas de trabajar los síntomas al dirigimos hacia técnicas que promueven la conciencia de la memoria procedimental y corporal subyacente a la desregulación emocional y a los esquemas afectivo-cognitivos que deben modi-

ficarse, y que son la base que sustentan los síntomas.

8) Los estudios del apego nos dan conocimiento sobre las distintas formas de exclusión defensiva que pueden presentar los pacientes.

9) Los estudios del apego nos dan información sobre los distintos avatares que pueden darse en la relación terapéutica y que pueden ser obstáculos para el avance terapéutico.

ELEMENTOS QUE DEBERÍA TENER TODA PSICOTERAPIA BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

- **Establecimiento de la relación terapéutica y conocimiento de la comunicación emocional no verbal que promueve la conexión:**

Por los estudios del apego sabemos que las personas necesitan un entorno de seguridad para poder explorar. Cuando una persona pide ayuda profesional necesita que el ambiente y la persona que le atiende le dé seguridad. Dicha seguridad no puede darse por sentada sólo porque el profesional posea un título o haya hecho una determinada formación. Toda comunicación humana desarrolla o no la sintonía emocional a través de una gramática no verbal procesada por el hemisferio derecho. Los estudios sobre primera infancia nos dan las pistas de cómo el terapeuta puede sintonizar y reparar las rupturas de sintonía (Beebe and Lachmann, 2002), dado que la gramática comunicacional no verbal es un elemento de la naturaleza humana y universal (aunque haya variaciones culturales). El terapeuta tiene que ser un observador de las

expresiones faciales, vocales y posturales del paciente para seguir su iniciativa y corregir las rupturas de sintonía que se dan en todas las relaciones y, sobre todo, cuando la base cultural es diferente. Además, de este modo, no solo se da seguridad al paciente calmando su sistema nervioso simpático, sino que también proporciona un modelo operativo interno que, a través de las repeticiones, se convierte en un modelo nuevo relacional que es terapéutico en sí mismo.

Debe recordarse que todos los pacientes que acuden a terapia tienen, de algún modo, desregulación emocional y un anhelo de conexión dada por la disposición innata del ser humano a buscar conexión con otro humano, y que ha sido anteriormente frustrada. Los terapeutas debemos reconocer los signos de desregulación y saber proponer en los casos adecuados la corrección emocional. La simple propuesta de formas de autorregulación como dar tareas de respiración o relajación hechas por ellos mismos, puede ser iatrogénica para los pacientes ya que les remite a sus carencias, tanto si son demandantes de corrección como si presentan una personalidad autosuficiente.

Esto también implica que el terapeuta tiene que ser consciente de cuál es su historia relacional, y ser consciente de su estrategia de apego. Es importante también que tome conciencia de su propia interocepción para reconocer en qué momento se desregula y no está en conexión emocional con la persona que consulta.

La seguridad también debe ser proporcionada por el entorno físico que le ofrece al paciente, proporcionando comodidad en la sala de consulta, con elementos de decoración que le

ayuden a sentirse tranquilo, y dando la posibilidad de elegir dónde quiere situarse, iluminación etc., y otros elementos no materiales. En el caso de las terapias online, deben cuidarse los encuadres y las mínimas interrupciones de conectividad.

• Trabajar terapéuticamente sobre la historia relacional del paciente:

Sabemos que la forma en la que un paciente regula sus emociones depende de su historia de apego. La regulación por exceso o por defecto de algunas de sus emociones nos habla de lo que se le permitió expresar o tuvo que inhibir para ser aceptado por sus figuras de apego.

También sabemos que sus relaciones actuales habrán sido condicionadas por las relaciones iniciales, y que variaciones en las formas de relacionarse a lo largo de su ciclo vital nos hablan de la rigidez o flexibilidad de sus esquemas. El grado de rigidez y de desregulación son la característica de los distintos diagnósticos psicopatológicos y nos dan una pista sobre la posible gravedad de las dificultades del paciente.

Los estudios del apego nos dan instrumentos y técnicas de evaluación sobre la historia relacional primaria y sus relaciones actuales. Por ejemplo, se puede dar uso de la *entrevista del apego adulto*, se puede evaluar la narrativa con la que explica sus estados emocionales y los de los demás (mentalización; Fonagy et al, 2006), y también se puede utilizar el análisis de micro interacciones a través de la grabación de un pequeño vídeo donde se vean sus relaciones significativas en la pareja o con los hijos.

Las estrategias de relación y el grado de intimidad que presenta la persona nos hablan de los déficits de sus necesidades de apego y conexión emocional. Estas estrategias y la intimidad tolerada en la sesión terapéutica también deben ser motivo de trabajo cuando éstas se actúen en la relación terapeuta-paciente.

- **Conocimiento de cómo funcionan las distintas memorias y su relación entre ellas:**

Es importante conocer la distinción de Tulving (1972) sobre la memoria, ya que es importante para la historia de apego de las personas, y ha sido útil para las investigaciones desarrolladas a partir de la teoría de Bowlby. Tulving distingue entre memoria procedimental y declarativa, y ésta se distingue entre la memoria episódica y semántica que se relacionan entre sí. Si la historia del paciente ha sido de seguridad, las distintas memorias se relacionan entre sí de forma coherente. Si la relación de apego no es de seguridad, no se regulan las emociones y los modelos operativos internos guardan memorias de afectos desregulados, por lo que se necesita excluir de la conciencia lo que no se puede tolerar; en ese caso, las distintas formas de memoria se relacionan de forma incongruente. Se observa en muchos pacientes que no tienen recuerdos antes de la etapa prepuberal o que, si los tienen, se puede provocar una desregulación emocional al recordar las relaciones familiares; o bien, la memoria semántica no guarda relación con la episódica. Todo esto son indicadores de apegos inseguros que implican una desregulación autonómica que se ha tenido que manejar con algún tipo de exclusión defensiva. El análisis de la narración de la *entrevista del apego adulto* se basa en esta distinción

además de en las características de la narrativa de Grice.

Por otra parte, el trabajo terapéutico implicará trabajar con las exclusiones defensivas que los pacientes presentan y con la desregulación emocional o de intimidad que los ha llevado a la consulta. Así, puede ser que se tenga que trabajar con la regulación simpática con técnicas corporales y de respiración (siempre primeramente en una relación terapéutica en sintonía con el paciente), técnicas como la activación del nervio vago-ventral o yoga sensible al trauma, pero también se tiene que trabajar con la situación actual de no poder expresar las emociones necesarias para tener relaciones satisfactorias. Conocer las emociones relacionadas con el sistema de apego, tal como explica Bowlby en sus libros (1989), y reconocer si están inhibidas o son demasiado intensas, ayudará a trabajar el manejo de las emociones apropiadas a la situación actual. El enfoque, por consiguiente, es trabajar los afectos relacionados con los esquemas originarios de la disfunción y, también, reconocer cuando un esquema o afecto inhibe a otro más primario y apropiado a la situación.

Pero para el trabajo terapéutico, quizá sea necesario trabajar con los esquemas procedimentales de relación más antiguos, lo que implica utilizar técnicas corporales para que, a través de la interocepción y la memoria corporal, se acceda a los esquemas tempranos en donde se generaron los afectos que encontraron un significado, aunque sean preverbales. Dar palabra a estos esquemas preverbales, o simbolizarlos de alguna manera a través de dibujos u otras técnicas creativas, puede dar luz a las creencias irracionales de las que habla la psicoterapia cognitivoconductual. Llegar

a activar los esquemas y sus afectos es necesario para generar nuevos afectos apropiados y, por tanto, dar un nuevo significado a sus experiencias tempranas. La teoría de la reconstrucción de la memoria explica el proceso, aunque explicarla aquí excede el propósito y espacio de este artículo.

Mientras tanto, la experiencia de relación con el terapeuta posibilita sinapsis neuronales de experiencias de correulación emocional que luego serán interiorizadas como memorias que permiten la autorregulación. En las nuevas experiencias con el terapeuta, es interesante recalcar la necesidad de la superación del tabú del tacto (A. Montagu, 1986; T. Swame, 2020) ya que en ocasiones el trauma relacional proviene de las carencias táctiles, además de estimulación visual y auditiva. Tradicionalmente, el tacto se asocia a prácticas médicas o fisioterapéuticas, pero éstas no integran la interocepción y propiocepción con las emociones asociadas en la conciencia. Los profesionales de la Psicología somos profesionales sanitarios que debemos conocer el poder de un tacto apropiado, tanto como una mirada o un tono de voz.

• Conocer a fondo la teoría neodisociativa de Bowlby:

En su último libro de su trilogía sobre el apego, Bowlby plantea a partir de la psicología cognitiva de su época lo que antes era explicado sólo por el Psicoanálisis y, por tanto, rechazado por la Psicología académica. Los mecanismos de defensa son realidades de la mente humana que aparecen incluso en los Evangelios y en el refranero popular.

Bowlby reescribe lo que sucede en la mente de la persona bajo los experimentos de la

psicología cognitiva de su época. En su último volumen sobre el apego, explica diferentes experimentos realizados en estados de conciencia hipnóticos, en los que se evidencian que los humanos funcionamos con distintos estados del yo que pueden no ser conscientes y no estar integrados. Estos estados alterados de conciencia han sido estudiados en la actualidad por el campo de la neurofenomenología, ayudados por las nuevas técnicas de neuroimagen. Bowlby (1989) y, en la actualidad, los estudios de Frewen y Lanius (2015), explican cómo las personas pueden manejarse de forma funcional en distintos ámbitos, pero en otros aparecen desregulados y disfuncionales, con diferentes dimensiones de disociación. Los estudios de Frewen y Lanius con la utilización de las técnicas de neuroimagen muestran cómo la mente de una persona que cuenta un evento traumático que le ha sucedido utiliza la capacidad cerebral de conectar o desconectar distintas redes neuronales; son fenómenos mentales que suceden a nuestros pacientes.

Bowlby, adelantándose a estos experimentos y basándose únicamente en lo que sugerían los estados hipnóticos, hipotetizó que muchas experiencias con las figuras de apego -especialmente cuando han sido muy negligentes, incoherentes o abusivas- han tenido que ser excluidas de la conciencia y, sin embargo, aparecen cuando algún estímulo dispara la memoria emocional. Esta exclusión defensiva no se produce sólo con el sistema de apego, sino también puede aparecer con otros sistemas motivacionales como el sexual o el de jerarquía.

Estas exclusiones, sobre todo en los temas de apego, pueden explicar fenómenos de disociación y transferencia que se producen en los

pacientes con historias de trauma relacional y que pueden aparecer en la consulta. Esto implica el reconocimiento de distintos estados del yo (o partes en términos de la teoría estructural de P. Janet desarrollada en los S. XIX-XX) de los pacientes y el reconocimiento, también de los disparadores relacionales en el proceso de las sesiones terapéuticas. Una vez más, los estudios del apego contemplan fenómenos psicopatológicos que no necesitan de explicaciones o técnicas *ad hoc* para poder trabajar con pacientes con trastornos graves.

- **Conocimiento de las capacidades de mentalización de los pacientes y fomentar su desarrollo:**

Muchos pacientes no han tenido unos padres empáticos y sensibles que hayan podido entender sus estados mentales y reflexionar sobre ellos. Eso implica que las personas (Marrone, 2001) que han nacido en familias con déficits de mentalización y conversación emocional reflexiva no pueden desarrollar inicialmente una capacidad que es necesaria para regular las emociones, entender los comportamientos propios y los de los demás, y tener una defensa resiliente frente a la adversidad de pérdidas, separaciones y otros traumas.

Es tarea del terapeuta, por tanto, ayudar a desarrollar dicha capacidad en sus pacientes, lo que implica la mejora de las relaciones consigo mismo y los demás. Esta capacidad ayuda a tener un mecanismo de autorregulación a partir de la correulación inicial del terapeuta. Esta correulación mentalizadora es considerada un proceso secundario frente al proceso primario de la conexión emocional empática a través de la sintonía no verbal. A su vez, tal como han demostrado los estudios longitudinales, aumentar esta capacidad disminuye la

posibilidad de la transmisión generacional de la inseguridad y el trauma y, por consiguiente, tiene un efecto de prevención sobre futuras generaciones.

El efecto de prevención se ha puesto en evidencia en el estudio anteriormente citado de *London Family Parent-Child Project* (1986-2006), en el que se descubrió que el factor predictor de la seguridad en el apego de los futuros padres con sus hijos no era tanto la historia propia parental de apego, sino *la seguridad ganada* a pesar de las historias de inseguridad o abuso y negligencia, que se demostraba en la capacidad de entender los estados emocionales de su familia y de ellos mismos en esa dinámica familiar. Esa capacidad era una defensa resiliente a sus experiencias adversas tempranas y les permitía tratar a sus bebés como personas diferentes con necesidades y deseos que deben ser advertidos y satisfechos por ellos. Se puede no repetir la historia de apego insegura o desorganizada.

CONCLUSIONES

Si la Psicología es la ciencia que explica los comportamientos observables y/o internos del ser humano, indefectiblemente tiene una base ontológica explícita o implícita. Los estudios actuales que se realizaron, inspirados por la teoría del apego de Bowlby, junto con las nuevas técnicas de neuroimagen que han permitido comprobar algunos aspectos mentales antes invisibles, han llevado a un cambio paradigmático en eso que entendemos como ser humano. La Psicología ha avanzado mucho en estos últimos años y se hace necesario que la práctica de los profesionales de este campo esté basada en estos nuevos avances. Gallese y Morelli se atreven a decir que los cambios paradigmáticos de los avances de

las neurociencias y la Psicología son equivalentes a una revolución copernicana en el modo de entender al ser humano.

En este artículo se ha pretendido argumentar que los estudios del apego deberían ser la base de la práctica psicoterapéutica y de la psicología de la salud, ya que dan el fundamento para realizar la práctica psicoterapéutica y decidir la utilización de técnicas en un contexto de relación intersubjetiva, necesaria para la modificación de hábitos, regulación emocional o esquemas afectivo-cognitivos. Dichos estudios cumplen con la necesidad de que la práctica psicoterapéutica tenga evidencia científica y cumplen el principio de falsabilidad; integran, además, muchas ciencias del ser humano como la Psicología, la Antropología, la Sociología, las neurociencias, la Psiquiatría, la Etología, la Filosofía y la Biología. También integran muchos aspectos de la Psicología como la psicología del desarrollo normal y patológico, la psicología cognitiva y

la psicología de las emociones. Los estudios del apego reúnen una visión global de -parafraseando a Gallese y Morelli- qué cosa significa ser humano, ayudando al profesional a tener una visión sistémica y compleja de los fenómenos que se plantean en la consulta.

Por otra parte, tener esta visión global del ser humano hace de los profesionales de la Psicología un referente para todos los otros profesionales que, desde diferentes ámbitos de actuación e intervención, trabajan con otros seres humanos. Saber que las personas no tenemos una mente separada del cuerpo ni del entorno social podría ayudar a otras disciplinas de la atención sanitaria y socioeducativa para tener en cuenta que la necesidad humana de conexión es universal y necesaria para cualquier intervención de ayuda y/o de la salud. Los tratamientos se cumplirían mejor, los vínculos creados servirían de protección y resiliencia y la salud se entendería siempre en sus aspectos corporales y mentales.

REFERENCIAS

Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment*. The Analytic Press.

Beebe, B. et al. (2005). *Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment*. Other Press.

Bowlby, J. (1989). *El apego* (Vol. I). Paidós.

Bowlby, J. (1990). *La separación* (Vol. II). Paidós.

Bowlby, J. (1991). *La pérdida* (Vol. III). Paidós.

Diamond, N., & Marrone, M. (2003). *Attachment and intersubjectivity*. Whurr Publishers.

Frewen, P., & Lanius, R. (2015). *Healing the traumatized self*. W.W. Norton & Company.

Gallese, V., & Morelli, U. (2024). *Cose significa essere umani*. Raffaello Cortina Editore.

Kuhn, T. (1970). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.

Levine, P. (2021). *En una voz no hablada*. Gaia.

- Marrone, M. (2001). *La teoría actual del apego*. Psimática.
- Maté, G. (2020). *Cuando el cuerpo dice NO*. Gaia.
- Maté, G. (2023). *El mito de la normalidad*. Tendencias.
- Montagu, A. (1986). *El tacto: la importancia de la piel en las relaciones humanas*. Paidós.
- Ogden, P. et al (2009). *El trauma y el cuerpo*. Desclée de Brower.
- Popper, K. (1975). *La lógica de la investigación científica*. Tecnos.
- Porges, S. (2011). *The polyvagal theory*. W.W. Norton & Company.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional*. Desclée de Brouwer.
- Siegel, D. (1999). *El desarrollo de la mente*. Paidós.
- Stern, D. (1990). *El mundo interpersonal del infante*. Paidós.
- Stern, D. (1995). *La constelación materna*. Paidós.
- Sroufe, A. et al (2005). *The development of the person*. The Guilford Press.
- Schore, A. (1993). *El desarrollo de la mente inconsciente*. Eleftheria.
- Schore, A. (2022). *Psicoterapia con el hemisferio derecho*. Eleftheria.
- Swade, T. (2020). *The touch taboo in psychotherapy and everyday life*. Routledge.
- Trevarthen, C. (1989). Development on early social interactions and the affective regulation of brain growth. In C. von Euier, H. Forssberg, & H. Lagercrantz (Eds.), *Neurobiology of early infant behaviour* (pp. 191-216). Macmillan.
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. Norton Series of Interpersonal Neurobiology.
- Tronick, E., & Gold, C. (2020). *El poder de la discordia*. Ariel.
- Tulving, E., & Donaldson, W. (Eds.). (1972). *Organization of memory*. Academic Press.
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta*. Eleftheria.

ESTUDI SOBRE LA RESPOSTA EMOCIONAL A LA MUSICOTERÀPIA DEL PACIENT HOSPITALITZAT

ESTUDIO SOBRE LA RESPUESTA EMOCIONAL A LA MUSICOTERAPIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

STUDY ON THE EMOTIONAL RESPONSE TO MUSIC THERAPY OF THE HOSPITALIZED PATIENT

M^a TERESA FERRER TOGORES

Psicòloga colegiada B-02727

PAU CATALÀ AMER

Musicoterapeuta

MERCEDES GUIBELALDE DEL CASTILLO

Oncohematóloga pediàtrica

Contacto:

M^a TERESA FERRER TOGORES

Direcció: Plaça Monsenyor Mairata, 3 baixos

07120 Palma (Illes Balears)

Teléfono: +34 626 30 32 04

psicologo@aspanob.com

Centro de trabajo:

Hospital Universitari de Son Espases. Carretera de Valldemossa, 79

07120, Palma, Illes Balears

RESUM

La musicoteràpia pot ajudar en el procés complex d'adaptació a l'ingrés hospitalari. Aquest estudi valora la resposta emocional del pacient pediàtric a la musicoteràpia tenint en compte les variables valència (alegria), activació, relaxació i dominància (sensació d'autocontrol). S'hi han inclòs pacients de fins a 16 anys ingressats a les unitats d'oncologia pediàtrica i a la unitat de cures intensives pediàtriques de l'Hospital de Son Espases (Palma). N=77. És un disseny quasiexperimental, longitudinal, intrasubjecte, amb una mesura pretractament i dues mesures posttractament. També mesura l'ansietat tret amb els tests STAI i STAIC. Els resultats certifiquen

la influència de la musicoteràpia entre el moment PRE i el POST pel que fa a l'augment de la valència, la dominància, l'activació i la relaxació.

PARAULES CLAU: *musicoteràpia, oncologia, pediatria, cures intensives, emocions*

RESUMEN

La musicoterapia puede ayudar en el proceso complejo de adaptación al ingreso hospitalario. Este estudio valora la respuesta emocional del paciente pediátrico a la musicoterapia teniendo en cuenta las variables valencia (alegría), activación, relajación y dominancia (sensación de autocontrol). Se han incluido pacientes de hasta 16 años ingresados en las unidades de oncología pediátrica y en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital de Son Espases (Palma). N = 77. Es un diseño cuasiexperimental, longitudinal, intrasujeto, con una medida pretratamiento y dos medidas postratamiento. También mide la ansiedad rasgo con los tests STAI o STAIC. Los resultados certifican la influencia de la musicoterapia entre el momento PRE y el POST en el aumento de la valencia, la dominancia, la activación y la relajación.

PALABRAS CLAVE: *musicoterapia, oncología, pediatría, cuidados intensivos, emociones*

ABSTRACT

Music therapy can help in the complex process of adaptation to hospitalization. This study assesses the emotional response of the pediatric patient to music therapy, considering the variables valence (joy), activation, relaxation and dominance (sense of self-control). Patients up to 16 years of age admitted to the pediatric oncology units and the pediatric intensive care unit of the Son Espases Hospital (Palma) have been included. N=77. It is a quasi-experimental, longitudinal, within-subject design, with one pre-treatment measure and two post-treatment measures. It also measures the trait anxiety with the STAI or STAIC tests. The results certify the influence of music therapy between the PRE and POST moments in increasing valence, dominance, activation and relaxation.

This article aims to present the measures and actions carried out in this regard in the Balearic Islands from the coordination of the Observatory and how the suicide prevention network of the autonomous community is being formed.

KEYWORDS: *music therapy, oncology pediatrics, intensive cares, emotions*

INTRODUCCIÓN

La musicoterapia hospitalaria en pediatria está actualmente difundiendo su desarrollo en varios hospitales en España. El objetivo de la integración de esta disciplina en el contexto hospitalario es, tanto el global de la humanización en la atención hospitalaria, como el concreto del beneficio de esta intervención en los pacientes pediátricos. Las intervenciones con música en el ámbito hospitalario, llevadas a cabo por un profesional cualificado, pueden ayudar en el proceso complejo de adaptación a las situaciones que surgen de la experiencia de la propia enfermedad y del ingreso hospitalario en estos pacientes. Sin embargo, hay escasez de estudios sobre musicoterapia en pediatria en los que se haga un análisis de su efecto con métodos cualitativos.

La musicoterapia es una terapia complementaria, no farmacológica, que ha demostrado tener efectos positivos a nivel físico y psicológico en los pacientes. Puede ser efectiva para reducir el miedo y desarrollar estrategias de afrontamiento de los niños y sus familias durante el ingreso. Mediante diversas técnicas (tocar instrumentos, escuchar música, cantar o componer canciones) el menor tiene la oportunidad de expresarse y adaptarse a una situación adversa. Durante los procedimientos invasivos, la musicoterapia puede reducir la ansiedad del menor e influir en su bienestar. Según la American Music Therapy Association, se centra en "la utilización clínica y basada en la evidencia de intervenciones musicales para conseguir objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica, por un profesional especializado en musicoterapia. Es una profesión sanitaria que utiliza la música para abordar las necesidades físicas, emocionales, sociales, cognitivas y espirituales de las per-

sonas". La musicoterapia implica un proceso y es llevada a cabo por musicoterapeutas acreditados y formados en la disciplina.

En este contexto hospitalario del Hospital de Son Espases de Palma, nuestro trabajo se ha desarrollado en la unidad de oncología pediátrica y de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) con una investigación multidisciplinar (pediatras, musicoterapeuta y psicóloga).

El objeto del trabajo es evaluar cómo se modifican y se mantienen en el tiempo los estados de ánimo de los pacientes ingresados tras la sesión de musicoterapia.

Se estudian las cuatro variables siguientes:

- 1) Valencia: si la sesión de musicoterapia provoca un aumento de la alegría en el paciente.
- 2) Activación: si con la musicoterapia se consigue activar al paciente.
- 3) Relajación: si con la musicoterapia se consigue relajar al paciente.
- 4) Dominancia: si después de la sesión de musicoterapia aumenta la sensación de control del paciente, lo que se traduce en un incremento de la capacidad de afrontamiento durante el ingreso.

Con respecto a la variable valencia, el objetivo es que el paciente esté más alegre después de la sesión. En otros casos, el objetivo es que el paciente esté más activo (activación); por ejemplo, un niño en oncología pediátrica que esté poco estimulado. Y, en las ocasiones en las que el paciente necesite descansar a través de la musicoterapia se busca la

relajación; por ejemplo, un post operatorio de escoliosis. En todos los casos, el objetivo de la intervención es que el paciente sienta que tiene el control de la situación, es decir, más dominancia. Con los resultados de toda la muestra, se podrán obtener los porcentajes de éxito de la sesión de musicoterapia.

MÉTODO

Estudio con un diseño cuasiexperimental, longitudinal, intrasujeto, con una medida pretratamiento y dos medidas postratamiento. Hay una medida pretratamiento del Self Assessment Manikin (SAM), que se rellena justo antes de la sesión de musicoterapia. Inmediatamente después de finalizar la sesión, se vuelve a administrar el SAM (medida postratamiento 1). Tres horas después de la sesión, nuevamente se rellena el SAM (medida postratamiento 2).

El STAI o STAIC se administra a las 3 horas de la sesión de musicoterapia. Con este instrumento se mide la ansiedad rasgo y se comprueba si la ansiedad influye en la medida emocional obtenida con el SAM.

En el caso de los menores de entre 9 y 16 años, son ellos mismos los que responden a la prueba SAM y al test de ansiedad STAIC (adaptado para menores). Cuando el paciente es menor de 9 años, al no contar con la comprensión necesaria para suministrarles estas pruebas, son los padres los que responden al SAM teniendo en cuenta el estado emocional de su hijo. Por otra parte, en relación con la ansiedad, el progenitor del menor de 9 años responde al cuestionario STAI.

Con el SAM y el STAI o STAIC se valoran los efectos de la intervención con musicoterapia en las variables de valencia, activación y do-

minancia, así como en la ansiedad. Por otra parte, se cuantifica el porcentaje de éxito de la sesión de musicoterapia, es decir, si se han producido los efectos esperados después de la sesión. En el caso de las variables activación-relajación, el musicoterapeuta marcará el objetivo que se fija antes de empezar la sesión. Se extraerá el porcentaje de éxito o fracaso sobre el cómputo total de intervenciones en relación a las variables valencia, activación y dominancia.

La sesión de musicoterapia dura entre 20 y 30 minutos y es llevada a cabo por un musicoterapeuta acreditado. Se aplican técnicas activas (improvisación clínica, cantar, recreación de canciones o composición, entre otras) y también técnicas pasivas (música y relajación, música e imaginación guiada), según las necesidades del paciente. El musicoterapeuta que interviene siempre ha sido el mismo durante toda la investigación. Este estudio cuenta con la información favorable de la comisión de investigación del Hospital Universitari Son Espases (Palma, Illes Balears). Los datos fueron obtenidos desde el 31 de julio de 2018 hasta el 12 de septiembre de 2019. En todos los casos, se realizó un muestreo no probabilístico incidental.

Participantes. Los participantes son los pacientes, de hasta 16 años, ingresados en las unidades de oncología pediátrica y en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Universitari Son Espases (Palma).

Los pacientes con enfermedades oncológicas se incluyeron en el estudio a partir de la tercera sesión de musicoterapia, y en la UCIP desde la primera. Esto es debido a que las estancias en oncología son más largas, se genera un vínculo diferente con el musicoterapeuta y la intervención y objetivos también difieren en

comparación a los de UCIP. El estudio recoge las diferencias de respuesta emocional entre los pacientes de las dos unidades.

Instrumentos.

1- Self Assessment Manikim (SAM): instrumento pictórico elaborado por Bradley y Lang en 1994. Consta de caras que no tienen ni sexo ni edad y que se gradúan en un continuo de 9 estadios, que se transforman en valores del 1 al 9. Mide las variables de: valencia (continuo alegría-tristeza), activación (continuo tensión-calma), relajación (continuo tensión-calma) y dominancia (continuo inhibición-dominancia).

2- STAI y STAIC: dos cuestionarios de auto-evaluación de la ansiedad formados por dos escalas independientes, una que evalúa la ansiedad como estado y la otra que evalúa la ansiedad como rasgo. El STAI está diseñado para personas adultas y el STAIC está adaptado para menores, de 9 a 16 años. Los resultados oscilan entre los valores "1" y "99". En estudio se consideran "ansiosos" los que superan la puntuación de 69 y "no ansiosos", los que obtienen un resultado igual o inferior a 69.

3- Dos preguntas de valoración personal: dirigidas en todos los casos al progenitor o cuidador que está a cargo del menor cuando entra el musicoterapeuta para realizar la intervención. Son dos preguntas tipo Likert graduadas de 0 a 10, siendo 0 la menor calificación y 10 la máxima nota :

1) ¿En qué medida consideras que la sesión de musicoterapia ha ayudado a tu hijo/a a estar mejor hoy?

2) ¿Cómo valorarías la experiencia de la sesión de musicoterapia ?

Procedimiento. Se informó tanto al menor como a su acompañante acerca de las características de la investigación. Si era menor de 9 años, se comunicó al padre o a la madre que eran ellos los que debían contestar tanto el SAM como el STAI. Cuando respondían el SAM debían hacerlo pensando en el estado de su hijo. En el caso de los mayores de 8 años, eran ellos los que debían rellenar tanto el SAM como el STAIC.

Se les suministró el documento de consentimiento informado que tenían que firmar los progenitores en todos los casos y los mayores de 14 años. A cada participante se le asignó un número con el fin de garantizar el anonimato y el acceso a sus datos.

Antes de empezar la sesión (momento PRE), el musicoterapeuta entregó el SAM y fue rellenado en ese momento. Al finalizar la sesión (momento POST), nuevamente fue rellenado otro documento SAM.

A las tres horas después de haber finalizado la sesión (momento +3H), la psicóloga acudía a la habitación o al box de la UCIP y entregaba el SAM y el STAI o el STAIC y las dos preguntas de valoración personal. Todos los cuestionarios eran contestados en ese momento (tres horas después de la intervención).

Análisis de datos. Los parámetros utilizados han sido: frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, medidas de posición central (medias y medianas) y medidas de dispersión (desviaciones típicas y rangos intercuartiles), también pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk para comprobar si las variables se distribuían según la curva

normal o no, W de Wilcoxon para comparaciones intrasujeto, U de Mann Whitney para las comparaciones intergrupo; para medir la significación de la covariación entre la ansiedad rasgo y los valores emocionales, y el coeficiente de correlación de Rho Spearman entre variables cuantitativas para medir la significación de la covariación entre la ansiedad rasgo y los valores emocionales.

Pruebas de normalidad. Se ha realizado la prueba de normalidad con los estadísticos de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk para to-

dos los valores emocionales, la ansiedad estado y las dos preguntas de satisfacción tanto de los progenitores de menores de hasta 8 años como de los menores entre 9 y 16 años.

Hay valores que tienen normalidad, pero, como se van a combinar y comparar, se considera que no se distribuyen según la normal. Por lo tanto, se han utilizado pruebas no paramétricas.

RESULTADOS

Tabla I	
Datos sociodemográficos y por unidades de la muestra total	
Variable	Estadístico (N=77)
Sexo	(N, %)
Hombre	44 (57%)
Mujer	33 (43%)
Unidad	(N,%)
Oncología pediátrica	32 (42%)
UCIP	45 (58%)
Edad (Media±DE)	6.64±5.28
Datos sociodemográficos y por unidades de menores de 9 años	
Variable	Estadístico (N=48)
Sexo	(N, %)
Hombre	31 (65%)
Mujer	17 (35%)

Unidad	(N,%)
Oncología pediàtrica	21 (44%)
UCIP	27 (56%)
Edad (Media±DE)	3.13±2.74

Datos sociodemogràfics y por unidades de mayores de 8 años

Variable	Estadístico (N=29)
Sexo	(N, %)
Hombre	13 (45%)
Mujer	16 (55%)
Unidad	(N,%)
Oncología pediàtrica	11 (38%)
UCIP	18 (62%)
Edad (Media±DE)	12.45±2.63

N: N° participantes; DE: Desviación Estàndar

Resultados de las variables de respuesta emocional

Tabla II

Menores de 9 años						
Variables de la respuesta emocional antes (PRE) y después (POST) de la sesi3n						
Variable	N	Media±DE PRE	Mediana (RIC) PRE	Media±DE POST	Mediana (RIC) POST	p
SAM Valencia	48	4,19±1,80	4,0 (3,0-5,8)	1,81±1,36	1,0 (1,0-3,0)	p≤0.001
SAM Dominancia	48	5,48±2,16	5,0 (4,0-7,0)	6,77±1,72	7,0 (5,3-8,0)	p≤0.001
SAM Relajaci3n	13	4,54±2,06	5,0 (3,0-6,5)	6,00±2,41	7,0 (4,5-8,0)	p=0.041
SAM Activaci3n	30	5,33±1,49	5,0 (4,0-7,0)	3,33±1,82	3,0 (1,8-5,0)	p≤0.001

Variables de la respuesta emocional entre el momento posterior (POST) a la sesión y después de 3 horas de la sesión (+3H)

Variable	N	Media±DE PRE	Mediana (RIC) PRE	Media±DE +3H	Mediana (RIC) +3H	p
SAM Valencia	48	1,81±1,36	1,0 (1,0-3,0)	2,81±1,83	3,0 (1,0-3,0)	p=0.001
SAM Dominancia	48	6,77±1,72	7,0 (5,3-8,0)	5,98±2,19	6,0 (5,0-7,0)	p=0.001
SAM Relajación	13	6,00±2,41	7,0 (4,5-8,0)	6,85±1,77	7,0 (5,0-9,0)	p=0.382
SAM Activación	30	3,33±1,82	3,0 (1,8-5,0)	4,97±2,07	5,0 (3,0-6,3)	p=0.001

N: N° participantes; DE: Desviación Estándar; RIC: Rango Intercuartil; P: Significación

Tabla III

Mayores de 8 años

Variables de la respuesta emocional antes (PRE) y después de la sesión (POST)

Variable	N	Media±DE PRE	Mediana (RIC) PRE	Media±DE POST	Mediana (RIC) POST	p
SAM Valencia	29	3,17±1,62	3,0 (2,0-5,0)	1,52±0,87	1,0 (1,0-2,5)	p≤0.001
SAM Dominancia	29	4,86±2,03	5,0 (3,0-6,0)	6,55±1,70	7,0 (5,0-7,5)	p≤0.001
SAM Relajación	13	6,54±1,12	6,0 (6,0-7,0)	7,62±1,32	7,0 (7,0-9,0)	p=0.011
SAM Activación	16	5,19±2,16	4,5 (3,3-7,0)	2,88±2,21	3,0 (1,0-4,0)	p≤0.001

Variables de la respuesta emocional entre el momento posterior (POST) a la sesión y 3 horas después de la sesión (+3H)

Variable	N	Media±DE POST	Mediana (RIC) POST	Media±DE +3H	Mediana (RIC) +3H	p
SAM Valencia	27	1,52±0,87	1,0 (1,0-2,5)	2,81±1,64	3,0 (1,0-4,0)	p=0.001
SAM Dominancia	27	6,55±1,70	7,0 (5,0-7,5)	5,48±1,76	5,0 (5,0-7,0)	p=0.008
SAM Relajación	11	7,62±1,32	7,0 (7,0-9,0)	6,91±1,75	7,0 (6,0-9,0)	p=0.343
SAM Activación	16	2,88±2,21	3,0 (1,0-4,0)	4,69±2,46	4,0 (3,0-6,8)	p=0.003

N: N° participantes; DE: Desviación Estándar; RIC: Rango Intercuartil; P: Significación

Resultados de la variable ansiedad rasgo

Tabla IV

Distribución de la ansiedad rasgo. Población total		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
AR≤69: (“no ansiosos”)	61	81,33%
AR≥70: (“ansiosos”)	14	18.67%
TOTAL	75	100,00%

AR: Ansiedad Rasgo

Tabla V

Covariación de la ansiedad rasgo con la valencia, el arousal (activación/ tranquilidad) y la dominancia. Población total				
		N	Coefficiente correlación (Rho Spearman)	p
Diferencial PRE-POST	SAM Valencia	75	-0,138	0,236
	SAM Dominancia	75	0,032	0,788
	SAM Tranquilidad	24	-0,370	0,075
	SAM Activación	46	-0,257	0,084

N: N° participantes; P: Significación

RESULTADOS DE LAS PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN PERSONAL

1. ¿En qué medida consideras que la sesión de musicoterapia ha ayudado a tu hijo/a a estar mejor hoy? Obtuvo una puntuación media de 8,6.
2. ¿Cómo valorarías la experiencia de la sesión de musicoterapia? Obtuvo una puntuación media de 9,4.

DISCUSIÓN

Los resultados demuestran que se produce un aumento de las variables valencia (hacia la alegría) y dominancia (sensación de auto-control) en los pacientes después de la sesión de musicoterapia. Por otra parte, la intervención sirve, según sea el objetivo, para activar o relajar al paciente. Pasadas las tres horas después de la sesión de musicoterapia, hay una tendencia a volver a valores basales en cuanto a valencia, activación y dominancia, pero en la relajación los efectos se mantienen.

Si se diferencia entre unidades hospitalarias, los pacientes de oncología pediátrica parten de valores superiores en las variables valencia y dominancia que en la UCIP. Sin embargo, en estas variables, el aumento es superior en UCIP que en oncología pediátrica. Es decir, los pacientes que están ingresados en la UCIP experimentan cambios más destacados en estas variables emocionales en comparación a los pacientes oncológicos. Esto puede ser debido a que, en oncología, al ser ingresos más largos y repetidos, los pacientes estarían más adaptados al entorno. Por eso los cambios producidos por la musicoterapia no serían tan radicales como los percibidos por un paciente de UCIP.

Otra de las diferencias entre unidades hospitalarias que se refleja en los resultados es que en UCIP se parte de un nivel considerablemente más bajo de activación que en oncología; lo que cuadra con el hecho de la pasividad y la inactividad que puede haber en esta unidad. Después de la sesión de musicoterapia, los pacientes llegan a valores similares de relajación en ambas unidades. La variable activación registra progresiones similares en oncología pediátrica y en UCIP.

Por lo que respecta a la influencia que puede tener la ansiedad del paciente en estas variables emocionales estudiadas, los resultados indican que hay una ausencia de influencia de la ansiedad rasgo en la intervención con musicoterapia de la muestra estudiada. Eso sí, hay un indicio de que la ansiedad rasgo pudiera dificultar la relajación y fomentar la activación.

La intervención de la actividad de la musicoterapia ha sido valorada positivamente por los padres como intervención complementaria para ayudar a sus hijos durante el ingreso.

En cuanto a las limitaciones del estudio, el uso de un instrumento como el SAM es una ventaja en la UCIP por su administración sencilla y rápida. En cambio, la administración del STAI o STAIC es más compleja, ya que los pacientes y/o los cuidadores se encuentran en un estado de ansiedad e incomodidad que les perjudica a la hora de centrar la atención en este tipo de herramientas. Una de las limitaciones del estudio es que se trata de una investigación cuasiexperimental. Si bien se ha podido estudiar un amplio colectivo (pacientes de 0 a 16 años en oncología pediátrica y UCIP) y acercar la investigación a la realidad hospitalaria, las características de la intervención y del estudio no han permitido una aleatorización de la muestra. Recibieron sesión los pacientes que así lo eligieron. Por otra parte, en ocasiones, debido al estado del paciente o de la familia, el musicoterapeuta decidió hacer la sesión, pero no ofrecerles la participación en el estudio.

Otra limitación fue la dificultad para administrar los instrumentos a los menores de 9 años. Este hecho obligó a llevar a cabo dos estudios distintos, en base a dos grupos de edad, y a

tener que interpretar los resultados a través de la percepción de los progenitores acompañantes en el caso de los menores que tienen hasta 8 años.

Es necesario destacar que los test SAM pre-post eran facilitados por el mismo musicoterapeuta que podría haber influido en los sujetos en el momento de rellenarlos. Las familias se quedaban con el SAM y el STAI o STAIC que debían cumplimentar en 3 horas; los investigadores no pueden certificar que hubieran cumplido con el tiempo establecido en el momento de rellenar los cuestionarios.

En definitiva, la musicoterapia tiene efectos positivos en las variables emocionales estudiadas. En especial, es importante el papel que juega esta terapia en el aumento de

la variable autocontrol de los pacientes en pediatría en unidades como oncología y cuidados intensivos, ya que los sitúa en el centro del tratamiento y podría ser una terapia idónea para dotarlos de recursos de afrontamiento ante la enfermedad.

Como último apunte, a medida que el personal sanitario y los gestores de las instituciones sanitarias conozcan los beneficios de la musicoterapia será posible instaurar su uso más protocolizado en el entorno hospitalario .

Este estudio avala la regulación de la incorporación de la práctica de la musicoterapia como disciplina complementaria en los hospitales para que más pacientes puedan beneficiarse y tener acceso a la misma.

BIBLIOGRAFÍA

Da Silva Santa, I. N., Schweitzer, M. C., Dos Santos, M. L. B. M., Ghelman, R., & Odone Filho, V. Music interventions in pediatric oncology: systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*. 2021; 102725.

Lizasoain, O. y Ochoa, B. Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. *Cuadernos de Ciencias médicas*. 2003; 5,75-85.

Brodsky, W. Music Therapy as an Intervention for Children with Cancer in Isolation Rooms. *Music Therapy*. 1989; 8(1)17-34.

Nhan Nguyen, T., Nilsson, S., Hellström, A.L. & Bengtson, A. Music Therapy to Reduce Pain and Anxiety in Children with Cancer Undergoing Lumbar Puncture: A Randomized Clinical Trial. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2010; 27(3), 146-155.

Facchini, M. & Ruini, C. The role of music therapy in the treatment of children with cancer: A systematic review of literature. *Complement Ther Clin Pract*. 2021 Feb; 42:101289.

González-Martín-Moreno, M., Garrido-Ardila, E. M., Jiménez-Palomares, M., Gonzalez-Medina, G., Oliva-Ruiz, P., & Rodríguez-Mansilla, J. Music-Based Interventions in Paediatric

and Adolescents Oncology Patients: A Systematic Review. *Children*. 2021 8(2), 73.

Avers, L., Mathur, A. & Kamat, D. Music therapy in pediatrics. *Clin Pediatr (Phila)*. 2007 Sep; 46(7):575-579

Walworth, D.D. Procedural Support Music Therapy in the Healthcare Setting: A Cost-Effectiveness Analysis. *J Pediatr Nurs*. 2005 Aug; 20(4):276-284.

Tucquet, B. & Leung, M. Music Therapy Services in Pediatric Oncology: A National Clinical Practice Review. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2014 Nov-Dec; 31(6):327-338.

American Music Therapy Association (2018). American Music Therapy Association. Recuperado el 12 de julio de 2020 de <https://www.musictherapy.org/about/quotes/>

Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D. & Magill, L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients.

Cochrane Database Syst Rev. 2011. Aug 10;(8):CD006911.

Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1994). Measuring emotion: The Self-Assessment Manikin and the Semantic Differential. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1994 Mar;25(1):49-59.

Spielberger, R.L. STAI. Cuestionario de auto-evaluación ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA Ediciones. 1973.

Spielberger, R.L. STAIC. Cuestionario de auto-evaluación ansiedad estado rasgo en niños. Madrid: TEA Ediciones. 1973

Serra, M., de Luis, V.J. & Valls, J. Evaluación de un programa de Musicoterapia en una unidad de cuidados paliativos. La perspectiva de los cuidadores. *Medicina Paliativa*. 2014;23(3),129-140.

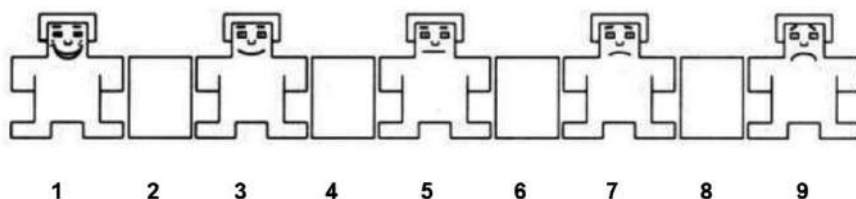
Rolvjord. R & Stige, B. (2015). Concepts of context in music therapy. *Nord J Music Ther*. 2015 Jan 2;24(1):44-66.

FIGURAS

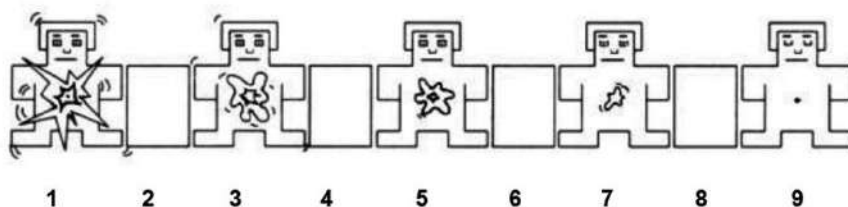
Figura I

Self-assessment manikin (SAM), (Bradley y Lang, 1994)

Valencia



Activación



Dominancia

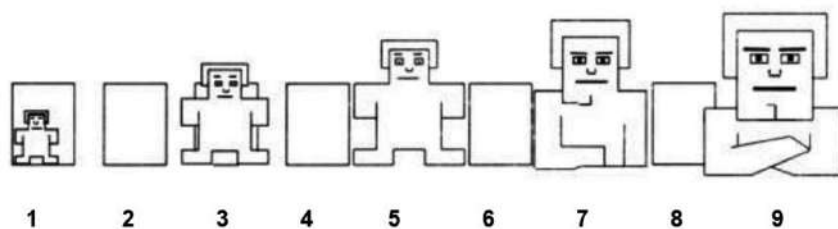
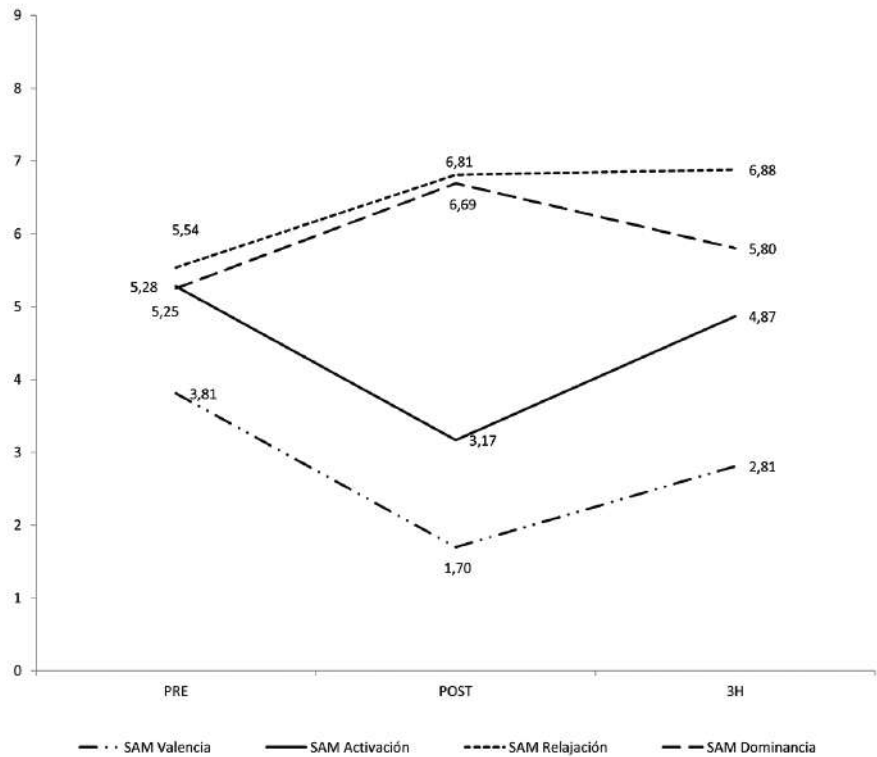
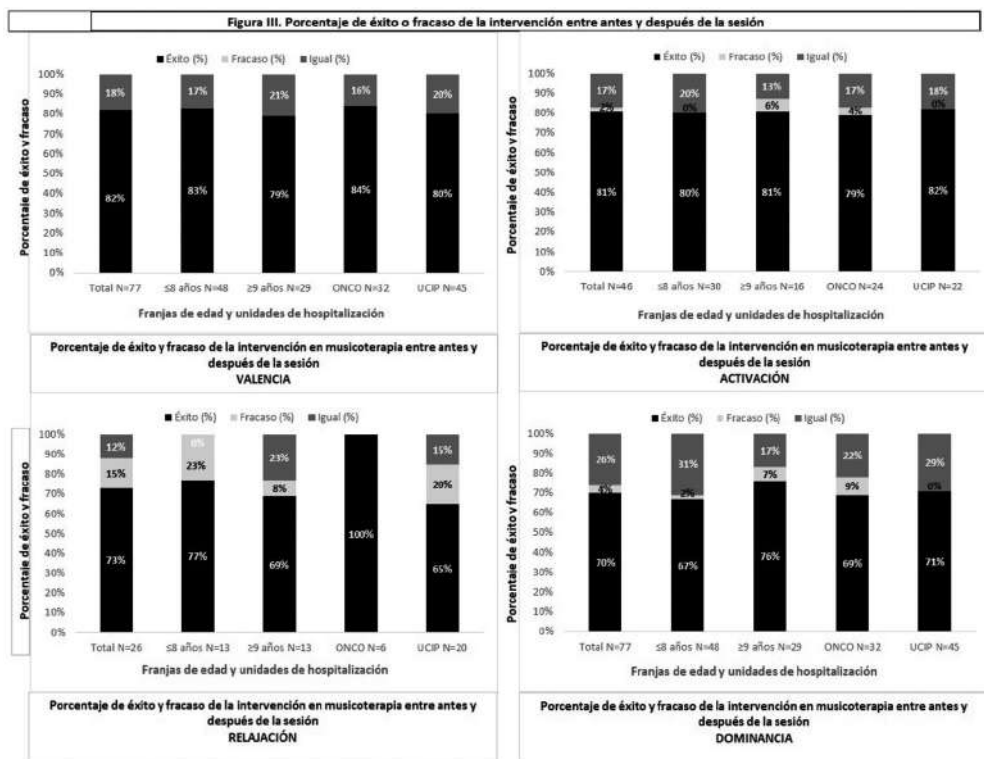


Figura II. Momento aplicación del SAM
Medias de la respuesta emocional, antes, después y 3 horas después de la sesión de musicoterapia
Población Total





EL LOCUS DE CONTROL EN PSICOTERÀPIA

EL LOCUS DE CONTROL EN PSICOTERAPIA

THE CONTROL LOCUS IN PSYCHOTHERAPY

BELÉN MARTÍN LÓPEZ

Psicòloga colegiada B-01465

EVA VALLEJO GONZÁLEZ

Psicòloga colegiada B-01867

JESSICA SÁNCHEZ BAUZÁ

Psicòloga colegiada B-02137

NEUS FUSTER SÁNCHEZ

Psicòloga colegiada B-03297

Contacto:

Centro sanitario Ser Feliz

(registro sanitario 5134)

serfelizbelenmartin@gmail.com

RESUM

Multitud d'estudis han avaluat la importància del locus de control com a tret de personalitat i, per tant, com a variable predictora altament relacionada amb millor salut, major satisfacció laboral i millor rendiment als estudis, així com variable moderadora davant el desenvolupament de símptomes i patologies psicològiques com l'ansietat i la depressió. El concepte locus de control s'estableix com l'explicació que s'ofereix l'individu a si mateix sobre les causes del seu propi comportament. Aquestes causes es diferencien entre internes, a les quals els esdeveniments significatius s'atribueixen a la mateixa persona, o externes, atribuint la causa a un agent extern, com la sort. En aquest article es proposen tres conceptes addicionals que enriqueixen tant la conceptualització teòrica del locus de control, així com la funcionalitat a la pràctica psicoterapèutica, tenint en compte l'aplicabilitat a les relacions interpersonals. Aquests són el locus de control mixt, el locus de control intern - fals extern i el locus de control extern - fals intern. Incrementar la informació sobre les atribucions de locus de control, proporcionar eines per identificar atribucions errònies i afavorir l'ajust d'aquestes a les primeres sessions, és previsible que augmentin, no només l'adherència, sinó també l'eficàcia de la teràpia psicològica.

PARAULES CLAU: locus de control, atribucions, psicoteràpia, eficàcia, ajustament psicològic

RESUMEN

Multitud de estudios han evaluado la importancia del locus de control como rasgo de personalidad y, por lo tanto, como variable predictora altamente relacionada con mejor salud, mayor satisfacción laboral y mejor rendimiento en los estudios, así como variable moderadora ante el desarrollo de síntomas o patologías psicológicas como la ansiedad y la depresión. El concepto locus de control se establece como la explicación que se ofrece el individuo a sí mismo sobre las causas de su propio comportamiento. Estas causas se diferencian entre internas, en las que los eventos significativos se atribuyen a la propia persona, o bien externas, atribuyendo la causa a un agente externo, como la suerte. En el presente artículo se proponen tres conceptos adicionales que enriquecerían tanto la conceptualización teórica del locus de control, como la funcionalidad en la práctica psicoterapéutica teniendo en cuenta la aplicabilidad de éste en las relaciones interpersonales. Estos son el locus de control mixto, el locus de control interno - falso externo y el locus de control externo - falso interno. Incrementar la información sobre las atribuciones de locus de control, proporcionar herramientas para identificar atribuciones erróneas y favorecer el ajuste de las mismas en las primeras sesiones, es previsible que aumente, no sólo la adherencia, sino también la eficacia de la terapia.

PALABRAS CLAVE: locus de control, atribuciones, psicoterapia, eficacia, ajuste psicológico

ABSTRACT

A multitude of studies have evaluated the importance of the locus of control as a personality trait and, therefore, as a predictor variable highly related to better health, greater job satisfaction and better performance in studies, as well as a moderating variable in the development of symptoms or psychological pathologies such as anxiety and depression. The locus of control concept is established as the explanation that the individual offers to himself about the causes of his own behavior. These causes are differentiated between internal, when significant events are attributed to the person themselves, or external, attributing the cause to an external agent, such as luck. In this article, three additional concepts are proposed that would enrich both the theoretical conceptualisation of the locus of control and its functionality in psychotherapeutic practice, in consideration of its applicability in interpersonal relationships. These are the mixed locus of control, internal - false external locus of control and internal - false external locus of control. Increasing information about locus of control attributions and providing tools to identify erroneous attributions and promote their adjustment in the first sessions is expected to increase not only adherence but also the effectiveness of the therapy.

KEYWORDS: locus of control, attributions, psychotherapy, effectiveness, psychological adjustment

APROXIMACIÓN TEÓRICA AL CONCEPTO

El locus de control es un importante recurso personal de afrontamiento que reviste de gran relevancia al considerarse un factor de protección ante otras variables comportamentales, actitudinales y/o afectivas.

Históricamente el concepto se establece con el postulado de Rotter (1966) en relación con la percepción que hace una persona de la contingencia de un acontecimiento (bidimensional interno-externo). En 1978, Wallston y DeVellis plantean como el concepto locus de control hace referencia a las expectativas sobre los comportamientos de salud de las personas y su influencia en la toma de decisiones, esto es, si la persona hacía una atribución de locus de control interno actuaba con conciencia y tomaba medidas más ajustadas para mejorar su bienestar, en oposición a si su atribución era de locus de control externo, que mostraba menos predisposición a limitar comportamientos y hábitos perjudiciales, impidiendo la adquisición de rutinas más saludables.

Por su parte Zimbardo (1985) simplifica y clarifica este concepto estableciéndolo como la creencia sobre si los resultados de nuestras acciones dependen de lo que hacemos o si dependen de otras cosas fuera de nuestro control personal.

Este constructo alcanza su culmen con el conductismo social y el análisis exhaustivo de la atribución causal, conjugando elementos del aprendizaje social de Bandura (1986), del conductismo social y de la evaluación conductual. Ballesteros (1988), citada por Vanegas, Méndez, Parra y Vivas (1998), plantea el término locus de control como la explicación que se

ofrece el individuo a sí mismo sobre las causas de su propio comportamiento. Estas causas se diferencian entre internas, en las que los eventos significativos se atribuyen a la propia persona, o bien externas, atribuyendo la causa a un agente externo, como la suerte. De esta manera se establecen el locus de control interno y externo, respectivamente.

Estudios posteriores ponen de manifiesto la multidimensionalidad del constructo (Chung y Ding 2002; Ozolins y Stenström 2003), señalando su relación con otros conceptos del ámbito de la autorregulación conductual, tales como la autoeficacia, competencia, atribuciones, etc. Cabe destacar el modelo de Oros (2005) que propone cinco dimensiones transversales a la internalidad-externalidad: medio de control, agente de control, objeto de control, suceso y momento de control.

El medio de control responde a la pregunta ¿por medio de qué o quién es ejercido el control? En el caso de la externalidad, el individuo puede sentir que el control está fuera de él y se ejerce mediante el poder de personas específicas (otros poderosos) o de nadie en particular, atribuyendo estas situaciones al azar, la suerte o el destino (fatalismo). En el caso de la internalidad, el sujeto siente que él tiene la facultad del control y lo ejerce mediante su relación afectiva con otros (control afectivo) o mediante el propio esfuerzo (instrumental).

El agente de control responde a la pregunta ¿quién ejerce el control? El control se puede ejercer a nivel individual (dominio personal, “yo”) o a nivel colectivo (ideológico, “muchacha gente”, “todos”).

El objeto de control responde a la pregunta ¿sobre quién se ejerce el control? En ocasiones el control se puede ejercer sobre una persona

determinada (padres, hijos, maestros) o sobre instituciones.

Todas estas consideraciones se evalúan según el tipo de suceso al que están asociadas: éxitos o fracasos, configurando así la cuarta dimensión.

Finalmente, estas experiencias de éxito o fracaso pueden formar parte de nuestros recuerdos (pasado) o de nuestras expectativas (futuro).

Una de las conclusiones más interesantes y que sirve de guía en la presente publicación es la premisa propuesta por Richaud de Minzi (inédita), citada en Oros (2005), por la que lo interesante no es saber si la persona realiza una atribución generalizada del locus de control (siendo "externas" o "internas") sino poniendo el interés en el ajuste de la atribución concreta a las demandas y necesidades de la persona en cada situación específica.

APROXIMACIÓN EXPERIMENTAL

Multitud de estudios han evaluado la importancia del locus de control como rasgo de personalidad y, por lo tanto, variable predictora altamente relacionada con mejor salud (Burker, Evon, Galanko y Egan, 2005; Rideout, Tolmie y Lindsay, 2017), mayor satisfacción laboral (Dormann, Fay, Zapf y Frese, 2006) y mejor rendimiento en los estudios (Singh, y Tripathi, 1994). De igual manera se identifica el locus de control como variable moderadora ante el desarrollo de síntomas o patologías psicológicas como la ansiedad y la depresión (Doku-Ramírez, Fonseca-Parra, González-Gil y Gualdrón-Alba, 2002).

Los últimos años hemos sido testigos de un renovado auge del interés hacia este cons-

tructo que ha promovido diversas revisiones conceptuales y experimentales (Visdómine, Luciano, Valdivia y Ortega, 2006), intentos de operacionalización mediante la evaluación de los instrumentos habitualmente usados para su medición (Ferrando, Prieto, Almeida, Ferrándiz, Bermejo, López-Pina, y Fernández, 2011) y revisiones de su relevancia en áreas específicas, por ejemplo en la salud (Soriano-Sánchez, Jiménez-Vázquez, 2023).

Al respecto podemos establecer asociaciones entre el locus de control y el curso (incluso la mortalidad) de las enfermedades, siendo de consideración las consecuencias negativas de las atribuciones principalmente externas. El locus de control externo en el transcurso de enfermedades se relaciona con mayor desesperanza y depresión (Brenlla y Vázquez, 2010; Oros, 2005). Por su parte, el locus de control interno se asocia con mejor calidad de vida y evolución, por ejemplo en el caso de diabetes mellitus tipo I (Anarte, Machado, Ruiz de Adana y Caballero, 2010), así como mayor adherencia al tratamiento, ya que se consideran responsables de los resultados de su propio cuidado (Aalto y Uutela, 1997). En la literatura encontramos que aquellos pacientes que se atribuyen la capacidad de influir en la evolución de su enfermedad tienen una adaptación más positiva, son más proclives a practicar buenos hábitos saludables, usan más estrategias de afrontamiento activas y presentan menores niveles de depresión, aumentando su adherencia al tratamiento (Morowatisharifabad, Mahmoodabad, Baghianimoghadam y Tonekaboni, 2010).

Soriano-Sánchez y Jiménez-Vázquez (2023) en una revisión sistemática de estudios longitudinales concluyen que el locus de control interno se relaciona con mejor memoria de trabajo y

salud percibida, mayor control interno y salud mental. Por su parte Mistakidou, Tsilika, Parpa y Galanos (2015) y Toscano, Blanchin, Bourdon, Bonnaud y Sébille (2020) apuntan que el locus de control interno se encuentra relacionado con un mayor afrontamiento y ajuste psicológico frente a enfermedades oncológicas.

APROXIMACIÓN EN PSICOTERAPIA

Muchos de los constructos psicológicos relevantes para la terapia han sido objeto de operacionalización e inclusión en modelos y protocolos específicos de intervención en la práctica clínica, como es buen ejemplo el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (Barlow, 1988; Barlow, 2011). No es así en el caso del locus de control, apenas considerado en las terapias estructuradas y con base científica avalada, quedando reducido a su consideración como concepto teórico, y, en contadas ocasiones, a un conocimiento que se adquiere de manera implícita y transversal en las sesiones de terapia.

Teniendo en cuenta que las personas que acuden a consulta lo hacen, cuando menos, afectados de un malestar intenso o sufriendo síntomas graves propios de trastornos psicopatológicos, en la mayoría de ocasiones se ven limitados en la capacidad para aplicar las pautas indicadas por el psicólogo por una errónea atribución de su capacidad de influir en la mayoría de procesos experienciales y de toma de decisiones en los que se ve envuelto en su día a día.

Por ello el locus de control debería ser una herramienta clave a aportar a los pacientes para facilitar su implicación y adherencia en el tratamiento desde las primeras sesiones. Pero, aun cuando esto se hace, nos encontramos

con una dificultad derivada tanto de la conceptualización clásica bifactorial como de la multidimensional que es la escasa practicidad con la que se transmite, así como las limitaciones derivadas de su aplicabilidad a las relaciones interpersonales.

Teniendo en cuenta estas consideraciones en el presente artículo se proponen tres conceptos adicionales que enriquecerían tanto la conceptualización teórica del locus de control, como la funcionalidad en la práctica psicoterapéutica. Estos conceptos son el locus de control mixto, y, como muestras de desajustes de locus de control, el locus de control externo - falso interno y el locus de control interno - falso externo.

El locus de control mixto. El primer concepto a aportar amplía el locus de control clásico a una tercera dimensión, estableciendo el locus de control en interno, externo y mixto. El locus de control mixto se define como la atribución compartida de la responsabilidad en las relaciones entre dos personas. Este locus de control puede tener un diferente reparto de grado de responsabilidad entre las dos personas en función de la naturaleza de la relación, siendo más saludable cuanto más equilibrado es el reparto de responsabilidad, y, por lo tanto, de poder, en la relación. Únicamente cabrían dos excepciones a este reparto igualitario: las relaciones profesionales y las de cuidados de colectivos específicos.

En el caso de una relación de tipo profesional, en la que una de las personas posee mayores conocimientos y/o experiencia sobre una cuestión concreta (por ejemplo, un maestro con sus alumnos, un médico con su paciente, un abogado con su cliente o el propio proceso psicoterapéutico) el locus de control mixto recae mayoritariamente en el profesional, sin eximir

al que recibe el servicio de su responsabilidad de aplicación o uso.

En las relaciones de cuidados a colectivos específicos el locus de control mixto recae principalmente en el cuidador. Esto es patente, por ejemplo, en las relaciones paterno y materno filiales, en las que los progenitores tienen un criterio basado en la experiencia vital y mayor capacidad de decisión sobre la relación que los hijos. Este locus de control mixto va cambiando a medida que los descendientes, o las personas de las que se cuida, crecen y/o se hacen más autónomas, por lo que el ajuste de locus de control mixto debe ser revisado hasta que las personas cuidadas alcanzan la juventud, o la independencia, y se puede derimir de ello un locus de control de reparto equitativo de la relación.

Insistiremos en asociar el locus de control mixto con las relaciones y no con las personas que conforman la relación, ni con sus decisiones o comportamientos individuales, de manera que el locus de control mixto hace referencia al grado de responsabilidad en la relación, mientras que las decisiones, comportamientos, etc. de cada una de las personas que lo componen se mantendría en el locus de control interno individual. Esto es especialmente relevante en terapia en el caso de dificultades o conflictos interpersonales (por ejemplo, explicar al paciente que tiene "la mitad" de responsabilidad en cómo se lleva con la otra persona, pero no en lo que hace el otro y viceversa).

Desajustes del locus de control. Los dos conceptos adicionales que proponemos son dos desajustes del locus de control habituales en el espectro comportamental de las personas padecientes de malestar emocional de cualquier tipo (en especial, cuando está presente

la sintomatología propia trastornos psicopatológicos) que pueden ayudar a estas personas a recuperar una visión más ajustada de las atribuciones causales que realizan. Esto permite a su vez descartar atribuciones disfuncionales y favorecer la implicación emocional en los procesos propios y no en los ajenos. Se trata del locus de control externo - falso interno, y del locus de control interno - falso externo.

El locus de control externo - falso interno es un desajuste del locus de control de manera que la persona desajustada asume la responsabilidad (real o imaginaria) de una situación, relación o circunstancia sobre la cual no tiene capacidad de influencia (o ésta es mínima), o no le corresponde. Un ejemplo clásico es el conflicto entre dos personas asumido por una tercera (como podría ser una amiga de los miembros de una pareja que han discutido que intenta mediar en su relación). Este desajuste suele suponer un exceso de implicación y desgaste por la preocupación y gasto de tiempo, energía y esfuerzo que invierte la persona desajustada, que no supondrá la resolución real de la situación, de manera que preocuparse más, o hacer más cosas, no cambia el resultado real sin la intervención de las personas responsables. Cabe aportar un matiz interesante: ajustar este locus no significa no estar disponible o no proporcionar apoyo a otros y/o en determinadas circunstancias, sino en ser consciente de que el proceso o resultado no depende de esa persona en cuestión.

Por su parte, el locus de control interno - falso externo es un desajuste del locus de control en el que la persona no asume la responsabilidad que le corresponde, atribuyendo erróneamente el proceso o el resultado de una situación, relación o circunstancia en la que está inmerso a otros factores. Un ejemplo paradigmático

en psicoterapia lo encontramos en personas que extrapolan su bienestar exclusivamente del bienestar de otras personas de su entorno, o dejan su autocuidado en su relación con los demás, y expresan "si mi pareja no me ve bien físicamente o no me halaga ya no me siento bien conmigo mismo/a", "si mi jefe no está tranquilo, yo tampoco puedo estarlo", etc. El ajuste de este locus presupone una actitud proactiva en el autocuidado y en el bienestar personal con cierta independencia del entorno de manera que la persona invierta tiempo, energía y esfuerzo (que no preocupación) en ello.

Estas aportaciones son compatibles con los modelos multidimensionales vigentes sobre el locus de control, ampliando y complementando la conceptualización del mismo y facilitando una mayor aplicabilidad para las personas que acuden a psicoterapia.

CONCLUSIONES

La eficacia de las intervenciones terapéuticas, con independencia de la orientación o adscripción de la misma, depende en gran medida de las atribuciones respecto al locus de control que hace la persona receptora. Incrementar la información sobre las atribuciones de locus de control y proporcionar herramientas para identificar atribuciones erróneas y favorecer el ajuste de las mismas en las primeras sesiones es previsible que

incrementa no sólo la adherencia (Aalto et al., 1997; Morowatisharifabad et al., 2010) sino también la eficacia de la terapia (Bergin y Garfield, 1994; Bisshoff y Tracey, 1995), como podemos vislumbrar en el estudio de Urzúa, Arbach, Lourido, y Mas (2010) sobre la directividad en la relación terapéutica, significativamente influenciada por las atribuciones de locus de control del paciente. Es por ello que avanzar en su definición en tanto a constructo práctico y aplicable para el paciente, resulta de especial relevancia.

Las aportaciones explicitadas en este artículo se nutren tanto del conocimiento teórico y científico sobre el locus de control disponible hasta el momento, como de las necesidades identificadas en la práctica psicoterapéutica. El equipo de psicólogas que suscribimos el presente artículo, y previsiblemente muchos otros en la práctica terapéutica, identificamos factores en la relación con los pacientes que nos llevan a desarrollar un profundo interés por las variables que intervienen favoreciendo su recuperación y la prevención de recaídas. Del estudio teórico y de las reflexiones fruto de veinte años de experiencia surgen propuestas como ésta (la inclusión de una tercera dimensión de locus de control mixto a las dos propuestas inicialmente por Rotter, así como la definición de los dos errores más comunes de atribución en la vida cotidiana) que invitamos a estudiar por parte de la comunidad científica y profesional.

REFERENCIAS

- Aalto, A.M. & Uutela, A. (1997). Glycemic control, self-care behaviors, and psychological factors among insulin treated diabetics: A test of an Extended Health Belief Model. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 191-214.
- Anarte, M., Machado, A., Ruiz de Adana, M. y Caballero, F. (2010). Ansiedad, depresión y otras variables en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. *Ansiedad y estrés*, 16(1), 13-31.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Barlow, D. H (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D. H (2011). *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnostico de los trastornos emocionales*. Alianza editorial.
- Bergin, A. E. y Garfield, S. L. (Ed.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4a Ed.). USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Bischoff, M., & Tracey, T. (1995). Client resistance as predicted by therapist behaviour: A study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 487- 495.
- Brenlla, M. y Vázquez, N. (2010). *Análisis Psicométrico de la adaptación argentina de la escala de Locus de Control de Rotter*. Universidad Católica Argentina, Documento de Trabajo N°2. <http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/DocumentodeTrabajoLocusdeControl.pdf>.
- Burker, E. J., Evon, D. M., Galanko, J., y Egan, T. (2005). Health locus of control predicts survival after lung transplant. *Journal of Health Psychology*, 10(5), 695-704. <https://doi.org/10.1177/1359105305055326>
- Chung, Y. Y. y Ding, C. G. (2002). "Development of the sales locus of control scale". *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 75 (2), 233-245.
- Doku Ramírez, A., Fonseca Parra, L. F., González Gil, E. J., y Gualdrón Alba, J. C. (2012). *Evaluación del Locus de control y su relación con las variables ansiedad y depresión en un grupo de asistentes a atención psicológica* (Bachelor's thesis, Universidad de la Sabana).
- Dormann, C., Fay, D., Zapf, D., y Frese, M. (2006). A state-trait analysis of job satisfaction: on the effect of core self-evaluations. *Applied Psychology*, 55, 27-51. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2006.00227.x>
- Ferrando, M., Prieto, M. D., Almeida, L. S., Ferrándiz, C., Bermejo, R., López-Pina, J. A., y Fernández, M. C. (2011). Trait emotional intelligence and academic performance: Controlling for the effects of IQ, personality, and self-concept. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(2), 150-159.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., y Galanos, A. (2015). The influence of sense of control and cognitive functioning in older cancer patients' depression. *Psychooncology*, 24(3), 311-317. <https://doi.org/10.1002/pon.3642>

Morowatisharifabad, M., Mahmoodabad, S., Baghianimoghadam, M., & Tonekaboni, N. (2010). Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 30(1), 27-32. doi: 10.4103/0973-3930.60009.

Oros, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista De Psicología*, 14(1), 89-98. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2005.17338>

Ozolins, A. R. y Stenström, U. (2003). "Validation of health locus of control patterns in Swedish adolescents". *Adolescence*, 38(152), 651-658.

Rideout, A., Tolmie, E., y Lindsay, G. (2017). Health locus of control in patients undergoing coronary artery surgery - changes and associated outcomes: A seven-year cohort study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(1), 46-56. <https://doi.org/10.1177/1474515116636501>

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, (número completo).

Singh, T., y Tripathi, K. N. (1994). Locus of control, reward and task motivation. *Indian Journal of Psychometry & Education*.

Soriano-Sánchez, J. G., y Jiménez-Vázquez, D. (2023). Recurso de afrontamiento "locus de control" en enfermeros y pacientes: una revisión sistemática de estudios longitudinales. *Revista Estudios Psicológicos*, 3(1), 7-17.

Toscano, A., Blanchin, M., Bourdon, M., Bonnaud Antignac, A., y Sébille, V. (2020). Longitudinal associations between coping strategies, locus of control and health-related quality of life in patients with breast cancer or melanoma. *Quality of Life Research*, 29(5), 1271-1279. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02401-8>.

Urzúa, A., Arbach, K., Lourido, M. y Mas, N. (2010). Directivity in the therapeutic relationship: analysis of the evidence found in research. *Terapia psicológica*, 28 (1), 95-107. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100009>

Vanegas Pérez, E., Méndez Garzón, J., Parra Carvajal, M., y Vivas, J. P. (1998). Diseño, construcción y pilotaje de una escala multidimensional-multivariada de locus de control para población universitaria de Santafé de Bogotá, D.C. Santafé de Bogotá: Universidad Católica de Colombia.

Visdómine, J.C., Luciano, M.C., Valdivia, M.S. y Ortega, J. (2006). Transfer and change of complex stimulus functions regarding Locus of Control. Paper presented at the Second World Conference on ACT, RFT, and Contextual Behavioral Sciences, London, UK.

Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr.* 1978 Spring;6(2):160-70. doi: 10.1177/109019817800600107. PMID: 689890.

Zimbardo, P. (1985) Role of locus of control in developing human behavior, *Psychological Review*, 2(1): 275.

EL/LA COORDINADOR/A DE BENESTAR I PROTECCIÓ VERSUS LA FIGURA DEL PSICÒLEG/OGA EDUCATIU/VA

EL/LA COORDINADOR/A DE BIENESTAR Y PROTECCIÓN VERSUS LA FIGURA DEL PSICÓLOGO/A EDUCATIVO/A

THE COORDINATOR OF LIVING AND PROTECTION VERSUS THE FIGURE OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGY

SHANNON DE JESÚS ARGILLIER

Psicòloga colegiada B-02117

JUANA MARÍA RIBAS NÚÑEZ

Psicòloga colegiada B-00713

CRISTINA HILL BESTARD

Psicòloga colegiada B-02474

PATRICIA BAUZÀ SASTRE

Psicòloga colegiada B-03440

Contacto:

shannon.dja@gmail.com

juma.ribas@gmail.com

info@cristinahill.com

pbauzasastre@gmail.com

RESUM

Des del curs 2022-2023, apareix a Espanya la figura del/de la coordinador/a de benestar i protecció per als centres educatius d'oci i esport per tal de protegir els menors davant de la violència i per crear entorns segurs on els nins, les nines i adolescents puguin desenvolupar tot el potencial. Tot i això, les funcions d'aquesta figura requereixen una formació específica que, en molts aspectes, se solapa amb la figura del/de la psicòleg/oga educatiu/va.

PARAULES CLAU: *psicologia educativa, coordinadora de benestar i protecció, educació, protecció del menor*

RESUMEN

Desde el curso 2022-2023, aparece en España la figura del/de la coordinador/a de bienestar y protección para los centros educativos de ocio y deporte con el fin de proteger a los menores

frente a la violencia y para crear entornos seguros donde los niños, niñas y adolescentes puedan desarrollar todo su potencial. Sin embargo, las funciones de esta figura requieren de una formación específica que, en muchos aspectos, se solapa con la figura del/de la psicólogo/a educativo/a.

PALABRAS CLAVE: *psicología educativa, coordinador/ra de bienestar y protección, educación, protección del menor*

ABSTRACT

Since 2022-2023 academic year, well-being and protection coordinator figure appears in Spain for educational leisure and sports centers in order to protect minors against violence and to create safe environments where children and adolescents can develop their full potential. However, these functions require specific training; in many aspects, it overlaps with the educational psychologist figure.

KEYWORDS: *educational psychology, welfare and protection coordinator, education, child protection.*

I. INTRODUCCIÓN

El ministerio de Derechos Sociales y las comunidades han acordado que los colegios y centros educativos de ocio y deporte con independencia de su titularidad cuenten con un “Coordinador/a de bienestar y protección” obligatorio desde el ciclo 2022-2023, figura que aparece en la LOE y tras la modificación con la LOMLOE y que se regula en la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI).

M^a Ángeles Espinosa Bayal explica en un documento del ministerio de Educación y Formación Profesional, que la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño de 1989 establece la obligación a los Estados Parte adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger

a los niños, niñas y adolescentes de cualquier forma de maltrato perpetrada por padres, madres, representantes legales o cualesquiera otras personas responsables de su cuidado. Asume que, por su parte, la Unión Europea contempla como prioridad la protección de los derechos del niño que aparece consagrada en su *Carta de los Derechos Fundamentales* y en el artículo 3 del *Tratado de Lisboa*. Por último, subraya que, en el ámbito nacional, la protección de la infancia se recoge en el artículo 39 de la *Constitución Española* y en la reforma de la *Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil, por la Ley Orgánica 8/2015 y la Ley 26/2015, ambas de modificación del sistema de protección de la infancia y la adolescencia.*

Esta misma autora explica que durante los últimos años, en España, la violencia contra la infancia ha sufrido un notable aumento.

Por ello la LOPIVI hace una aproximación integral al problema desde un enfoque multidisciplinar, otorgando un papel esencial a la prevención y a la educación en los procesos de socialización infantil y adolescente y al papel que como garantes del bienestar infantil tienen todos los adultos.

En las Islas Baleares se establece la creación de la comisión de convivencia y bienestar sustituyendo a la antigua comisión de convivencia, liderada por la figura del coordinador/a de bienestar y protección a través de la “Resolución del conseller d'Educació i Formació Professional de día 24 de mayo de 2023 por la que se establecen las funciones de esta comisión y la figura de la persona coordinadora del bienestar y protección del alumnado en los centros educativos no universitarios sostenidos con fondos públicos de las Islas Baleares”.

En referencia a lo expuesto hasta ahora, el sistema educativo debe tener una función protectora por excelencia y debe ser un escenario donde se permita la participación, se garantice el respeto y la igualdad, se fomente la comunicación y la resolución pacífica de conflictos, sobre todo en niños, niñas y adolescentes que se encuentren en contextos de riesgos de vulnerabilidad. Además, debe garantizar que éstos se sientan seguros y tengan figuras de referencia a las que poder comunicar situaciones de violencia contra ellos. La LOPIVI refuerza esta función protectora. Y es con el artículo 35, que hace referencia a la creación del coordinador/a de bienestar y de protección, donde se hace el cambio más innovador en los centros educativos.

Esta figura, regulada por la legislación educativa española en todos los centros educativos,

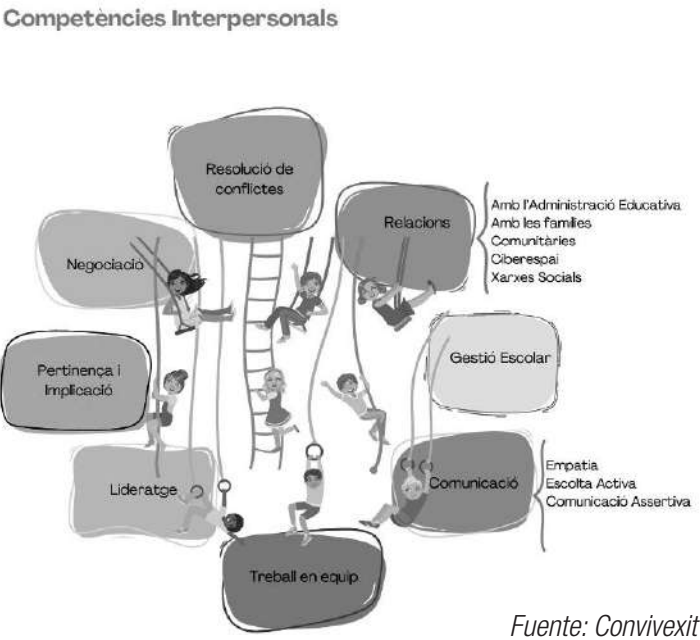
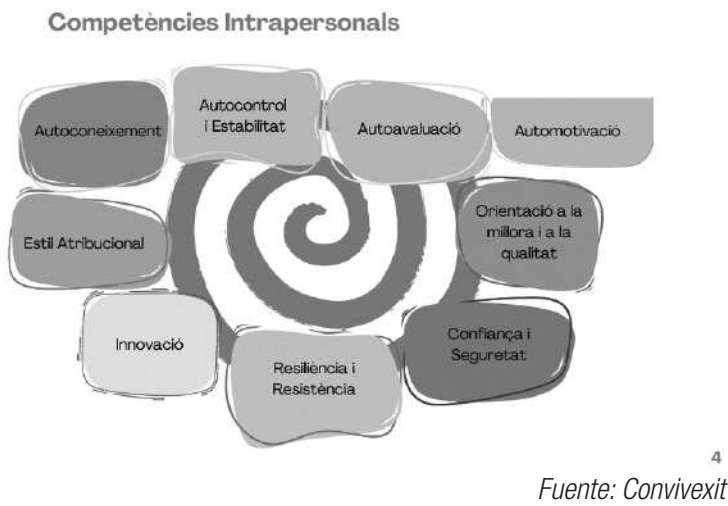
sirve pues de referencia en la prevención y protección ante casos de violencia en el entorno escolar. Entre sus diferentes funciones, la ley establece que el coordinador/a de bienestar debe:

- Promover planes de formación sobre prevención, detección precoz y protección de menores, dirigidos tanto al personal como al alumnado, para detectar y responder a situaciones de violencia o acoso escolar.
- Coordinar los casos en los que tenga que intervenir por parte de los servicios sociales, informando incluso a autoridades en caso necesario.
- Ser el referente principal para cualquier asunto que quieran comunicar sobre posibles casos de violencia en el centro.
- Promover medidas que aseguren el bienestar para los/as alumnos/as, así como la cultura del buen trato a los mismos.
- Impulsar métodos alternativos de resolución pacífica de conflictos.
- Informar al personal del centro de los protocolos en materia de prevención y protección existentes en su localidad o comunidad autónoma.
- Fomentar el respeto a los/as alumnos/as con discapacidad o cualquier otra circunstancia de vulnerabilidad o diversidad.
- Fomentar una dieta equilibrada y saludable dentro del centro.

II. FORMACIÓ

Dado que el coordinador/a de bienestar va a tener que enfrentarse a situaciones complejas en lo que se refiere a la prevención, detección y actuación ante situaciones de violencia contra la infancia, es necesario una formación especializada, con ciertas destrezas específicas.

Las competencias que plantea el *Institut per a la convivència i l'èxit escolar* (Convivexit) son las siguientes:



El perfil que establece Convivexit en las Islas Baleares se plantea en 6 puntos:

- 1) Tener estabilidad en el centro.
- 2) Conocer al alumnado, las familias y el entorno.
- 3) Tener experiencia previa en la prevención de situaciones de riesgo, en la intervención educativa en niños, niñas y adolescentes que presenten riesgo de vulnerabilidad social.
- 4) Capacidad de liderazgo, empatía.
- 5) Capacidad de trabajar en equipo.
- 6) Capacidad de crear y mantener una red externa de colaboración (servicios sociales, sanitarios, judiciales y fuerzas y cuerpos de seguridad).

Desde el Consejo General de la Psicología de España (COP) podemos recoger funciones que se corresponden con el perfil del psicólogo/a educativo/a:

- La prevención y detección de problemas de salud mental, de conflicto, o de riesgo psi-cosocial, su tratamiento psicoeducativo o derivación según el caso, su seguimiento a través de la coordinación con los servicios externos y la coordinación de las medidas a adoptar.
- [...] combinación de acciones preventivas y terapéuticas complementarias a las que desarrollan los equipos docentes a nivel de aula o centro, con el fin de mejorar el bienestar y el desarrollo integral de las niñas y los niños...

- [...] proponer y llevar a cabo un tratamiento individual, grupal y/o familiar de carácter preventivo, orientador.

- [...] contactar con organismos de la red de servicios especializados disponibles [...]

- [...] proponer, aplicar y evaluar, o coordinar y supervisar la aplicación y evaluación de programas seleccionados en función de las necesidades educativas y psicológicas [...]

- [...] programas para la prevención del absentismo, de los problemas de adaptación al entorno escolar, del fracaso escolar, de las adicciones físicas y psicológicas, de mejora de la convivencia y prevención de la violencia escolar, del abuso sexual, las conductas sexuales de riesgo y los embarazos adolescentes, de los trastornos de la conducta alimentaria, del uso inapropiado de las tecnologías digitales, etc.

- [...] programas de mejora de las habilidades sociales y desarrollo socioemocional (regulación y gestión emocional, asertividad y fortalecimiento autoconcepto-autoestima, habilidades comunicativas, conducta prosocial, resolución de conflictos, apego, empatía, valores ético-morales, tolerancia, derechos humanos, multiculturalidad, igualdad de género...), o para promover hábitos positivos (hábitos saludables en alimentación, ejercicio físico, sexualidad, prevención de adicciones, hábitos de consumo responsable, etc.).

- [...] procurar el bienestar de estos profesionales facilitando asesoramiento y recursos tanto a nivel personal como profesional que mejoren su intervención tanto a nivel individual como grupal, dentro o fuera del centro.

- [...] asesorar a los equipos educativos en el diseño de proyectos educativos, planes de acción tutorial, planes de convivencia y programaciones didácticas inclusivas y orientados al desarrollo integral de las niñas y los niños, [...]

- [...] colaborar con los agentes educativos en el análisis y la resolución de situaciones problemáticas (por ejemplo, desmotivación, conductas disruptivas, acoso...), [...]

- [...] acompañar la labor educativa de las familias. [...]

- [...] llevar a cabo intervenciones dirigidas a implicar a las familias en la coordinación y colaboración efectiva con los restantes agentes educativos. En ocasiones esta intervención se concreta en medidas psicoeducativas para enseñar a afrontar conflictos, tomar decisiones, complementar la acción docente, o ayudar a sus hijas o hijos en sus procesos escolares y sociopersonales.

- Coordinación con psicólogos/as de centros privados/públicos, con equipos de orientación específicos externos al centro educativo..., con servicios sociales de ayuntamientos, con personal técnico de Menores que lleven el caso del alumno/a tutelado/a o con graves problemas familiares, con centros de día en el que el menor se encuentre, [...] con neuropediatras, psicólogos/as clínicos/as, psiquiatras, Unidades de Salud (Pediatría, Salud Mental...), Policía [...]

III. REFLEXIÓN SOBRE LA FIGURA DEL COORDINADOR/A DE BIENESTAR Y PROTECCIÓN Y DE SUS FUNCIONES

Cuando revisamos el concepto de bienestar encontramos la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que habla de la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La mayoría de autores coinciden en que bienestar significa estar sano desde el punto de vista físico, mental y emocional.

Siguiendo el modelo de Seligman recordamos que asocia el bienestar con seguir los cinco componentes que lo conforman (las emociones positivas, el compromiso, las relaciones positivas, el propósito y los logros).

La presencia de esta figura en los centros educativos supone un claro avance hacia un sistema educativo que protege a los menores, pero desde el colectivo de psicólogos/as educativos/as, nuevamente encontramos desaprovechada su formación y competencias en el campo del bienestar.

Las funciones que desarrollan los/as psicólogos/as educativos/as en relación al bienestar de los niños, niñas y adolescentes en las áreas de planificación, formación, prevención, detección e intervención (funciones que se requieren a la figura del coordinador de bienestar) se han comentado ampliamente en el apartado anterior.

En la educación emocional, a través de programas de gestión emocional, de atención plena, en la prevención de comportamientos adictivos, la gestión de conflictos, el aprendizaje de habilidades sociales (asertividad...), respeto a las diferencias individuales, acompañamiento a las familias, a maestros y profesores... es donde pueden desarrollar ampliamente su labor.

Pero, tal y como se recoge en un artículo de “La mente es maravillosa”, la figura de psicólogo/a educativo/a se encuentra con gran variedad de problemas:

- Desconocimiento por parte de la población.
- Poco apoyo de las administraciones públicas, que no diferencian el rol del profesional del/de la psicólogo/a educativo/a.
- Confusión profesional, en la que diferentes perfiles y muchas veces sin titulación o dentro de un “cajón de sastre (experto, coach...)” se dedican a realizar tareas de psicología educativa.
- Sistema educativo hostil, lleno de errores, que no delimita funciones y dificulta el desarrollo de un modelo en el que los psicólogos/as educativos/as pueden trabajar de forma coordinada como parte y con toda la comunidad educativa por el bienestar de todos y todas; dando pleno sentido al término bienestar.

IV. CONCLUSIÓN

La figura del coordinador/a de bienestar y protección todavía es una figura teórica, que acaba de iniciar su andadura. Para que ésta se convierta en una figura útil y con pleno sentido dentro del entorno escolar, que ayude a convertir los centros en entornos seguros, protectores y libres de cualquier forma de violencia, donde los niños y adolescentes se sientan protegidos y cuenten con recursos para desarrollar el bienestar emocional, es totalmente necesario que desde las administraciones se resuelvan una serie de cuestiones que todavía quedan en el plano teórico tal y como se indica en el Balance del primer año

de la figura del coordinador de bienestar realizado por EDUCO (2023):

- Definir el perfil profesional más adecuado. Los profesionales que desempeñen este rol deben estar formados y capacitados para desenvolverse en un entorno complejo que requiere aptitudes específicas y diversas, sin duda la figura del psicólogo/a educativo/a sería un perfil profesional adecuado para cubrir esta figura.
- Necesidad de que las administraciones competentes den apoyo técnico y financiero a esta nueva figura, resolviendo cuestiones de vital importancia como son: la liberación horaria, el presupuesto asignado y si hay complemento salarial para el desarrollo de estas funciones.
- Homogeneización de la regulación de la figura entre los diferentes estados: es necesario que se señalen unos requisitos mínimos para desarrollar este cargo.
- Necesidad de que existan redes de apoyo y acompañamiento que permitan ser foros consultivos entre los coordinadores/as y personas expertas, donde sea posible plantear dudas y los coordinadores/as del bienestar se puedan sentir acompañados.
- Tener presente las necesidades específicas de cada centro, tomando como punto de partida su mapa de riesgos.

Si bien la existencia del coordinador/a del bienestar es un gran avance y se le asignan funciones prometedoras y necesarias para convertir a los centros en entornos seguros, de protección, de buen trato y de desarrollo del bienestar para los niños y adolescentes,

todavía está en un plano teórico y es una figura poco conocida y aprovechada en los entornos escolares, ya que al no estar suficientemente regulada el cargo puede ser desempeñado por cualquier miembro del claustro, no se asigna el tiempo suficiente para poder llevar a cabo planes que permitan el desarrollo de las funciones de coordinador/a de bienestar, en la mayoría de casos esta figura tiene asignada una o dos horas semanales para dedicárselas a esta ocupación, haciendo que sea del todo imposible que el coordinador/a del bienestar pueda contribuir a transformar el entorno escolar en un centro seguro, protector y que fomente el bienestar de la infancia y adolescencia.

El coordinador/a es sin duda una figura imprescindible para el bienestar de nuestros/as alumnos/as, sin olvidarse del apoyo a los docentes, quienes atienden, actualmente, a la demanda de situaciones, conflictos y momentos de inestabilidad emocional de los/as alumnos/as, intentando cubrir lo que pueden, sin despistar la enseñanza y la preparación que conlleva dicho trabajo. El coordinador/a

de bienestar ayudaría directamente al alumnado, profesorado y demás equipo profesional de cada centro, creando un ambiente tranquilo y promoviendo el buen clima de trabajo, tan necesario hoy en día para llevar la carga laboral en las aulas.

Nos encontramos cada vez más, con casos relacionados con docencia y ansiedad, por lo que hay que darle mayor importancia y cuidado al burnout "Se conoce el burnout como un síndrome producido por la exposición prolongada ante el estrés crónico experimentado en el ámbito laboral y los docentes no están exentos de sufrir esta patología debido a las altas exigencias de alumnos y familiares y a los constantes cambios en el sistema" (Cosmen Alonso, 2023). Este estado influye negativamente en la calidad de la educación y en el desarrollo integral del alumnado. Se han demostrado altos niveles de agotamiento dentro del ambiente educativo por lo que repercute directamente a los alumnos. Esto remarca la necesidad de apoyo con personal especializado en la coordinación del bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

Andreu-Moñino, A., & Martínez-Ramón, J. P. (2023). *Inteligencia emocional y síndrome de burnout en el profesorado de Secundaria*. Estudios sobre Educación.

Corbin, J. A. (2016, noviembre 29). *Bienestar psicológico: 15 hábitos para lograrlo*. Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/psicologia/bienestar-psicologico>

Cosmen Alonso, G. (2023). *Síndrome de burnout en docentes: revisión bibliográfica sistemática y estudio de prevalencia en el subgrupo de profesorado de Tecnología en Secundaria, Bachillerato y FP*. Trabajo de fin de máster para la Universidad Europea de Madrid.

De Dios González, S. (revisión y aprobación) (2017, marzo 27). *Las 6 dimensiones del*

bienestar psicológico. La Mente es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/las-6-dimensiones-del-bienestar-psicologico/>

El perfil profesional de la psicología Educativa (2015). Consejo General de la Psicología de España (COP). [https://www.psie.cop.es/uploads/documentacion%20general/EI%20Perfil%20Prof%20Psi%20Educativa%20\(sept,%202015\).pdf](https://www.psie.cop.es/uploads/documentacion%20general/EI%20Perfil%20Prof%20Psi%20Educativa%20(sept,%202015).pdf)

Espinosa Bayal, M^a Ángeles (2022). *Coordinador o coordinadora de Bienestar y Protección en la Comunidad Escolar*. Ministerio de Educación y Formación Profesional. NIPO: 847-22-110-7

Guia bàsica per a persones coordinadores de benestar i protecció (2024). Institut per a la Convivència i l'Èxit Escolar (Convivexit). Caib.es. https://www.caib.es/sites/convivexit/ca/coordinacia_benestar_i_/archivopub.do?ctrl=MCRST8146ZI459331&id=459331

López, L. G. (2023, octubre 16). *2 de cada 5 docentes sufre agotamiento, ansiedad y depresión*. Educación 3.0. <https://www.educaciontrespuntocero.com/noticias/profesorado-en-espana-2023/>

Resolució del conseller d'Educació i Formació Professional de dia 24 de maig de 2023 per la qual s'estableixen les funcions i la composició de la Comissió de Convivència i Benestar i es crea la figura de la persona coordinadora per al benestar i la protecció de l'alumnat en els centres educatius no universitaris sostinguts amb fons públics de les Illes Balears. BOIB (Butlletí Oficial de les Illes Balears), 25 de mayo de 2023. <https://intranet.caib.es/eboib-front/ca/2023/11744/673937/resolucio-del-conseller-d-educacio-i-formacio-prof>

Ropain, A. R. A., Orozco, L. P. P., & Gonzáles, C. P. A. (2011). *El psicólogo educativo y su quehacer en la institución educativa*. Duazary, 8(2), 258-261.

Sanfeliciano, A. (2017, septiembre 9). *¿Cuáles son las funciones del psicólogo educativo?* La Mente es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/cuales-son-las-funciones-del-psicologo-educativo/>

Seligman, M.E.P (2014). *Floreecer, la nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. México: Océano.

Viqueira, M. y San Pedro, P. (2023). *Coordinador/a de bienestar y protección: Balance del primer año. Propuestas para reforzar una figura clave contra la violencia hacia la in-fancia*. Educo.

PROMOCIÓ DE LA SALUT MENTAL DES DE L'INSTITUT PER A LA CONVIVÈNCIA I L'ÈXIT ESCOLAR, PLA D'ACTUACIÓ EN LA DETECCIÓ DE SITUACIONS COMPLEXES, UNA FEINA EN XARXA

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DESDE EL INSTITUTO PARA LA CONVIVENCIA Y EL ÉXITO ESCOLAR, PLAN DE ACTUACIÓN EN LA DETECCIÓN DE SITUACIONES COMPLEJAS, UN TRABAJO EN RED

PROMOTION OF MENTAL HEALTH FROM THE INSTITUTE FOR COEXISTENCE AND SCHOOL SUCCESS, ACTION PLAN FOR THE DETECTION OF COMPLEX SITUATIONS, A NETWORK WORK

CATHERINE ADROVER BIA

Psicòloga col·legiada B-0745

Ex-assessora tècnica docent de l'Institut per a la Convivència i l'Èxit Escolar
Conselleria d'Educació i Universitats de les Illes Balears

AINA AMENGUAL RIGO

Llicenciada en Psicopedagogia

Ex-directora de l'Institut per a la Convivència i l'Èxit Escolar
Conselleria d'Educació i Universitats de les Illes Balears

RESUM

El Pla d'Acció Integral sobre Salut Mental 2013-2030 concep la salut mental com un estat de benestar i posa l'accent en els aspectes del desenvolupament emocional per poder gestionar pensaments i emocions i crear relacions socials sanes. El suïcidi és un problema de salut pública important que també afecta a joves i adolescents, sumant-se les conductes autolesives no suïcides com un fenomen emergent. L'Organització Mundial de la Salut considera l'àmbit educatiu com un entorn excel·lent per desenvolupar activitats preventives. Les iniciatives emmarcades en el «Protocol d'actuació en cas de risc autolític detectat als centres educatius de les Illes Balears» tenen com a objectiu la prevenció en el marc d'una escola saludable, la detecció precoç i la intervenció en conductes autolítiques des d'una perspectiva interdisciplinària. És primordial, doncs, dissenyar i implementar plans i programes per a la prevenció i la detecció de la ideació suïcida i les autolesions als centres educatius. Al 2023 es va signar el primer Conveni de col·laboració entre la Conselleria d'Educació i Formació Professional i el Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears (COPIB) per contribuir a la posada en marxa d'iniciatives, mesures

i recursos específics que assegurin al màxim el benestar per als infants i adolescents amb protocol de risc autolític activat de la comunitat autònoma de les Illes Balears. El present article pretén deixar constància de les iniciatives dutes a terme des de l'Institut per a la Convivència i l'Èxit Escolar en quant a intervencions d'assessorament i suport psicològic després de la vivència d'una ideació suïcida o d'autolesions en els centres educatius de les Illes Balears i exposar-ne els resultats obtinguts.

PARAULES CLAU: Institut per a la Convivència i l'Èxit Escolar, COPIB, protocol risc autolític, necessitats psicoemocionals, enfocament comunitari

RESUMEN

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 concibe la salud mental como un estado de bienestar y hace hincapié en los aspectos del desarrollo emocional para poder gestionar pensamientos y emociones y crear relaciones sociales sanas. El suicidio es un problema de salud pública importante que también afecta a jóvenes y adolescentes, sumándose las conductas autolesivas no suicidas como un fenómeno emergente. La Organización Mundial de la Salud considera el ámbito educativo como un entorno excelente para desarrollar actividades preventivas. Las iniciativas enmarcadas en el «Protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en los centros educativos de las Islas Baleares» tienen como objetivo la prevención en el marco de una escuela saludable, la detección temprana y la intervención en conductas autolíticas desde una perspectiva interdisciplinaria. Es primordial, pues, diseñar e implementar planes y programas para la prevención y la detección de la ideación suicida y las autolesiones en los centros educativos. En 2023 se firmó el primer Convenio de colaboración entre la Conselleria de Educación y Formación Profesional y el Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares (COPIB) para contribuir a la puesta en marcha de iniciativas, medidas y recursos específicos que aseguren al máximo el bienestar para los niños y adolescentes con protocolo de riesgo autolítico activado de la comunidad autónoma de las Islas Baleares. El presente artículo pretende dejar constancia de las iniciativas llevadas a cabo desde el Instituto para la Convivencia y el Éxito Escolar en cuanto a intervenciones de asesoramiento y apoyo psicológico desde la vivencia de una ideación suicida o de autolesiones en los centros educativos de las Islas Baleares y exponer los resultados obtenidos.

PALABRAS CLAVE: Instituto para la Convivencia y el Éxito Escolar, COPIB, protocolo riesgo autolítico, necesidades psicoemocionales, enfoque comunitario

ABSTRACT

The Comprehensive Action Plan on Mental Health 2013-2030 conceives mental health as a state of well-being and emphasises aspects of emotional development in order to manage thoughts and emotions and create healthy social relationships. Suicide is an important

public health problem that also affects young people and adolescents, with non-suicidal self-injury being added as an emerging phenomenon. The World Health Organisation considers the educational field to be an excellent environment for carrying out preventive activities. The initiatives framed in the "Protocol for action in the event of autolitic risk detected in educational centres in the Balearic Islands" aim to prevent in the framework of a healthy school, the early detection and the intervention in autolitic behaviors from an interdisciplinary perspective. It is therefore essential to design and implement plans and programmes for the prevention and detection of suicidal ideation and self-injury in educational centres. In 2023, the first Collaboration Agreement was signed between the Department of Education and Vocational Training and the Official College of Psychology of the Balearic Islands (COPIB) to contribute to the implementation of specific initiatives, measures and resources that ensure maximum well-being for children and adolescents with activated autolitic risk protocol in the autonomous community of the Balearic Islands. This article aims to record the initiatives carried out by the Institute for Coexistence and School Success in terms of counselling and psychological support interventions after the experience of a suicidal ideation or self-injury in the educational centers in the Balearic Islands and to present the results obtained.

KEYWORDS: *Institute for Coexistence and School Success, COPIB, autolitic risk protocol, psycho-emotional needs, community approach*

Com reflecteix l'Organització Mundial de la Salut (OMS) en el *Pla d'Acció Integral sobre Salut Mental 2013-2030*, la salut mental i el benestar són imprescindibles perquè totes les persones portem una vida satisfactòria, arribem al nostre màxim potencial, participem de manera constructiva en les nostres comunitats i superem l'estrès i les adversitats.

En el marc dels quatre objectius principals es preveu reforçar el lideratge i la governança eficaces en l'àmbit de la salut mental; proporcionar serveis d'assistència social i de salut mental integrals, integrats i adaptables en entorns comunitaris; posar en pràctica estratègies de promoció i prevenció en el

camp de la salut mental i enfortir els sistemes d'informació, les dades científiques i les recerques sobre la salut mental.

A més, el Pla concep la salut mental com un estat de benestar en el qual cada persona desenvolupa les seves capacitats, supera l'estrès normal de la vida i aporta alguna cosa a la seva comunitat. Quant als joves i els adolescents, es posa l'accent en els aspectes del desenvolupament emocional, com el sentit positiu de la identitat, la capacitat per gestionar pensaments i emocions, crear relacions socials sanes i les aptituds per aprendre i adquirir una educació que els capaciti per participar activament en la societat.

El suïcidi és un problema de salut pública important que també afecta a joves i adolescents. Segons l'OMS, cada any més de 700.000 persones moren per suïcidi, que és la quarta causa de mort entre les persones de 15 a 29 anys. Reduir la taxa mundial de suïcidi en un terç per a 2030 és una meta tant dels *Objectius de Desenvolupament Sostenible* de les Nacions Unides com del *Pla d'Acció Mundial de Salut Mental* de l'OMS.

Com subscriuen Mollà et al., al suïcidi se sumen les conductes autolesives no suïcides com un fenomen emergent entre els nostres joves i adolescents. Es tracta, a més, d'una situació vinculada a problemes psicològics molt diversos que causa també sofriment i estigma importants (Mollà et al., 2015).

L'adolescència és una etapa única i formativa, en què els canvis físics, emocionals i socials que es produeixen, inclosa l'exposició a la pobresa, els maltractaments o la violència, poden fer que els joves i els adolescents siguin vulnerables a problemes de salut mental. Promoure aprenentatges socioemocionals que fomentin el seu benestar psicològic, així com garantir l'accés a l'atenció de la salut mental de qualitat, són factors fonamentals per a la salut i el benestar durant aquests anys i en l'edat adulta.

L'adolescència és un període fonamental per al desenvolupament d'hàbits socials i emocionals importants per al benestar mental, hàbits com l'adopció de patrons de son saludables; practicar exercici regularment; desenvolupar habilitats per mantenir relacions interpersonals; fer front a situacions difícils i resoldre problemes, i aprendre a gestionar les emocions. Per tot això, és crucial comptar amb un

entorn favorable i de protecció en la família, l'escola i la comunitat en general.

L'Organització Mundial de la Salut considera l'àmbit educatiu com un entorn excel·lent per desenvolupar activitats preventives. Igualment, l'*Agenda 2030*, en els objectius de desenvolupament sostenible, concretament en els objectius: 3, Salut i benestar i 4, Educació de qualitat, indica treballar estratègies per promoure la salut mental en la infància per al desenvolupament individual i social posteriors. L'àmbit escolar és, doncs, un escenari idoni per la diversitat de nins i nines i pel temps que passen a l'aula, que afavoreix el treball de les competències emocionals, les habilitats socials o l'autoestima, entre altres aspectes.

Des d'aquesta perspectiva, les iniciatives emmarcades en el «Protocol d'actuació en cas de risc autolític detectat als centres educatius de les Illes Balears» tenen com a objectiu la prevenció en el marc d'una escola saludable, la detecció precoç i la intervenció de conductes autolítiques des d'una perspectiva interdisciplinària. Es fa necessària, per tant, la col·laboració estreta del sistema educatiu amb els diversos dispositius i serveis comunitaris de salut mental, serveis socials i altres institucions per garantir la protecció de la persona afectada i l'efectivitat de les actuacions dirigides al benestar del nostre alumnat.

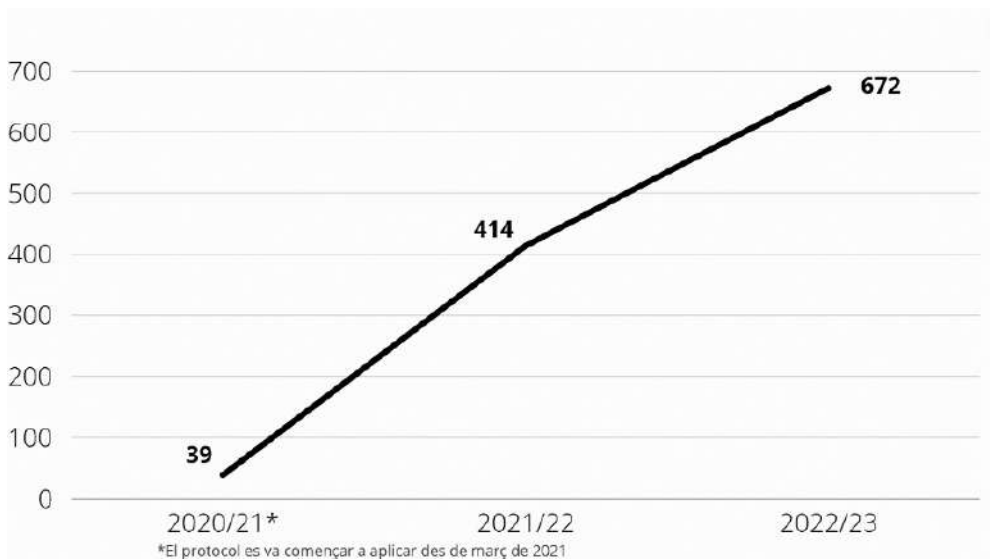
El principal objectiu de l'Institut per a la Convivència i l'Èxit Escolar (Convivèxit) és millorar la qualitat de la convivència als centres educatius mitjançant la construcció d'entorns sans i segurs.

Els problemes de salut mental poden incidir en les relacions i poden crear i mantenir conflictes i dificultats en la convivència. Davant aquesta realitat, des de l'any 2021 Convivèxit treballa l'àmbit del benestar emocional i la salut mental de manera prioritària.

Al març de 2021 es posa en marxa el «Protocol de d'actuació en cas de risc autolític detectat als centres educatius de les Illes Balears» com a continuació de la *Guia per a la prevenció i el primer abordatge de la conducta suïcida als centres educatius de les Illes Balears*. L'objectiu principal del protocol va ser unificar un pla d'actuació i acompanyament

després de confirmar la sospita de risc autolític en població infantil i juvenil escolaritzada en un centre educatiu de les Illes Balears. En aquest curs escolar i durant els 4 mesos d'aplicació es gestionaren 39 protocols. El curs 2021-2022 es va realitzar la primera extracció de dades completa de tot un curs escolar (setembre-juliol), a través del GestIB (Aplicació per a la Gestió Educativa de les Illes Balears), i es gestionaren un total de 414 protocols. Al curs següent, 2022-2023, es varen incrementar les demandes i es varen activar un total de 672 protocols d'actuació per risc autolític, com es mostra a la figura 1.

Figura 1. Comparativa del nombre de protocols d'actuació en cas de risc autolític activats des del curs 2020-2021 fins al curs 2022-2023.



Autoria: elaboració Convivèxit

Els centres educatius han estat testimonis de les necessitats psicoemocionals de l'alumnat després de la pandèmia, a partir del curs escolar 2021, i s'ha detectat cada curs escolar un marcat augment de les sol·licituds i demandes d'ajuda tant per part de les famílies com de l'alumnat. És per això primordial dissenyar i implementar plans i programes per a la prevenció i la detecció de la ideació suïcida i les autolesions als centres educatius.

El curs 2022-2023 hi va haver un augment de més del 62% de conductes autolítiques respecte al curs anterior. Es fa evident que la salut mental en la infància i l'adolescència requereix atenció, cura i acompanyament. Hem

d'entendre què els preocupa, què els afecta i què fan quan tenen malestar emocional. Només podem oferir atenció i suport adequats a través de l'escolta i la comprensió d'allò que passa.

A partir d'ara s'analitzaran les darreres dades publicades a la Memòria de l'Institut per a la Convivència i l'Èxit Escolar del curs 2022-2023 referents a l'activació del Protocol d'actuació en cas de risc autolític.

Es constata que el 79 % de casos derivats de conductes autolítiques tingueren lloc a Mallorca, seguida per Eivissa (13%), Menorca (7%) i Formentera (1%).

Taula 1. Casos registrats per illes.

Centres/Illes	MALLORCA	MENORCA	EIVISSA	FORMENTERA	Total
C	5				5
CC	183	5	14		202
CEIP	67	14	26	2	109
CEIPIESO	9				9
CEPA	4				4
CIFP	3				3
EA	0	2	4		6
IES	259	27	44	4	334
Total	530	48	88	6	672

S'evidencia que el percentatge de casos registrats és significativament superior en nines (72%) que en nins (28%) i que el gruix de casos es concentra en l'etapa de d'educació secundària (64%). La resta d'etapes educatives registra un 21% a l'educació primària, un 10% al batxillerat, un 2% als cicles de formació professional de grau mitjà, i un 2% a la formació professional bàsica.

Figura 1 i taula 2. Casos registrats per sexe

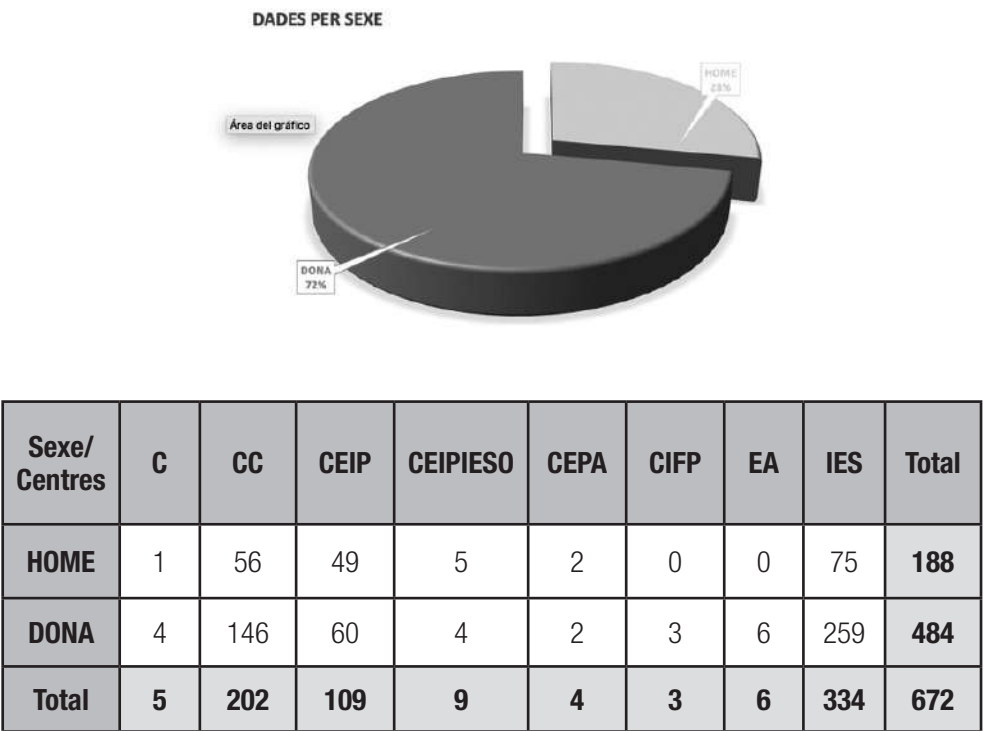
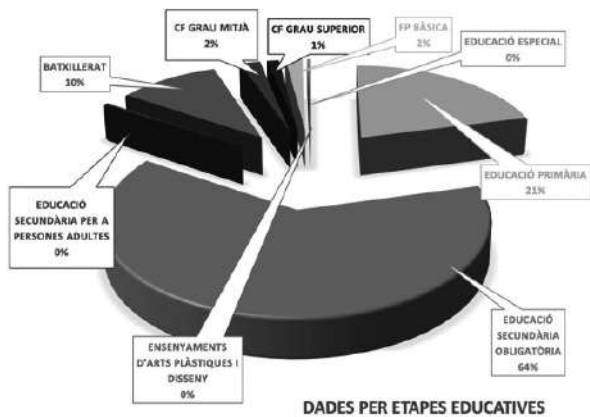


Figura 2 i taula 3. Casos registrats per etapes educatives.

ETAPA EDUCATIVA	Nº CASOS
EDUCACIÓ PRIMÀRIA	143
EDUCACIÓ SECUNDÀRIA OBLIGATÒRIA	435
EDUCACIÓ SECUNDÀRIA PER A PERSONES ADULTES	2
BATXILLERAT	56

CF GRAU MITJÀ	14
CF GRAU SUPERIOR	8
FP BÀSICA	12
EDUCACIÓ ESPECIAL	1
ENSENYAMENT D'ARTS PLÀSTIQUES I DISSENY	1
Total	672



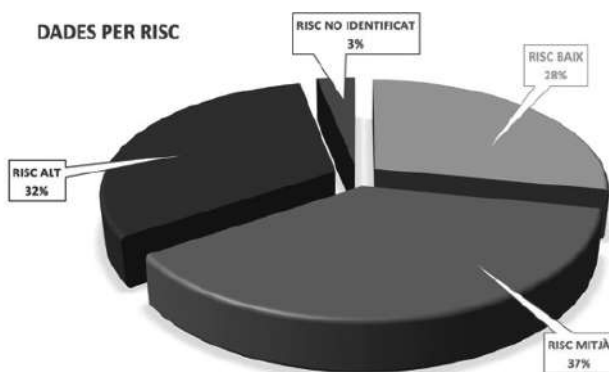
Per valorar les dades de la taula i del gràfic anteriors s'ha de tenir en compte que durant el curs 2022-2023 hi havia 70.209 alumnes escolaritzats a l'educació primària, 50.754 a l'educació secundària, 13.523 alumnes a batxillerat, i 2.054 a formació professional bàsica, segons les dades aportades pel GestIB. En un total de 136.540 alumnes, la prevalença de malestar emocional és de 0,5%.

Quant a la valoració del risc per part dels professionals dels centres educatius a l'hora d'obrir un protocol de risc autolític, s'ha de puntualitzar que té un caràcter sensiblement subjectiu que sovint està condicionat

per la pròpia naturalesa de la situació i pot no coincidir amb el criteri sanitari. Així i tot, es considera que l'ànim i la intenció de protegir situacions de vulnerabilitat emocional en l'alumnat són prioritaris i, per tant, l'inici de rutes i itineraris d'atenció i acompanyament especialitzat, emmarcats en el Protocol d'actuació en casos de risc autolític en els centres educatius, ha estat responsable i eficient.

De tots els protocols registrats, un 32% han estat valorats com a de risc alt; un 37%, com a risc mitjà, i un 28% com a de risc baix.

Figura 3 i taula 4. *Casos registrats segons el risc.*



TIPOLOGIA DEL RISC	Nº CASOS
RISC BAIX	189
RISC MITJÀ	251
RISC ALT	211
RISC NO IDENTIFICAT	21
Total	672

S'ha de deixar constància que, del total de casos registrats al curs 2022-2023, hi va haver 1 suïcidi consumat d'un adolescent escolaritzat a l'etapa de secundària a Mallorca, que va requerir un acompanyament intens i continu a l'equip educatiu del centre escolar.

Al febrer de 2023, i a partir de l'anàlisi de les dades exposades anteriorment, del retorn de la comunitat educativa envers la posada en marxa del Protocol i tenint en compte les necessitats detectades als centres educatius es va signar el primer *Conveni de col·laboració*

entre la Conselleria d'Educació i Formació Professional i el Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears (COPIB) per a la participació en el Programa d'Intervenció Psicològica en casos amb el protocol de risc autolític activat en els centres educatius de les Illes Balears sostinguts amb fons públics en el marc del Pla de Cooperació Territorial de salut mental en l'Estratègia Nacional de Salut Mental 2022-2026 pel curs 2022-2023. El seu principal objectiu és contribuir a la posada en marxa d'iniciatives, mesures i recursos específics que assegurin al màxim el benestar per

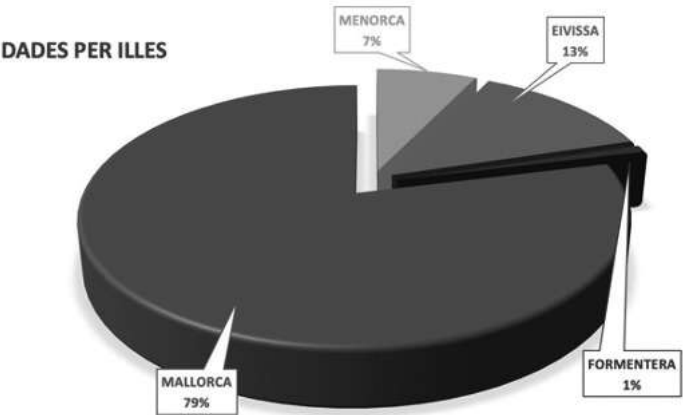
als infants i adolescents amb protocol de risc autolític activat de la comunitat autònoma de les Illes Balears.

Durant el curs 2022-2023 es varen atendre 51 casos de joves adolescents de centres educatius de les Illes Balears oferint la inter-

venció psicològica de professionals del CO-PIB, complementària a l'assistència sanitària rebuda. El nombre de sessions oferides en el primer conveni va ser de 5 sessions i una sisena de retorn/coordinació amb el centre educatiu.

Taula 5. *Casos atesos 2022-2023 en el marc del Conveni.*

ILLES	CASOS ATESOS, curs 2022-2023
MALLORCA	42
MENORCA	1
EIVISSA	7
FORMENTERA	1
Total	51



El perfil d'alumnat atès va ser majoritàriament de l'etapa d'educació secundària amb autoleSIONS i dificultats en la gestió i la canalització emocional. Paral·lelament es va observar la casuística de factors de risc col·laterals com Trastorn de la Conducta Alimentària, situacions de violència intrafamiliar i d'identitat de gènere.

És evident que les diverses manifestacions de conducta suïcida causen un gran impacte tant en l'àmbit personal, com en el familiar, l'educatiu, el social i el sanitari. Diversos estudis apunten un canvi de paradigma afegint un model de desenvolupament positiu, és a dir no abordar únicament les problemàtiques dels infants i joves (suïcidi, anorèxia, *bullying*, etc.), sinó que també es treballin les seves fortaleeses, potencialitats i capacitats, per dotar l'alumnat de competències transversals

(autoregulació, control de l'estrès, assertivitat, resolució de conflictes, etc.) per fer front a les diverses situacions complexes que es presenten en la vida.

És per això que els centres educatius, com a organitzacions amb finalitat educativa i com a comunitats formades pel professorat, alumnat, les seves famílies i el personal no docent que hi treballa, constitueixen un entorn on s'ha de realitzar una intervenció d'assessorament i suport psicològic després de la vivència d'una ideació suïcida o d'autoleSIONS en qualsevol modalitat que pugui patir un infant o un adolescent. La salut mental s'ha de treballar des d'un enfocament comunitari coordinat amb programes i accions als centres educatius i també des dels ajuntaments, els serveis d'atenció primària i els serveis especialitzats de salut mental.

REFERÈNCIES

Castellvi, P., y Piqueras, J. A. (2018). *El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir*. Revista de Estudios de Juventud, 121, 45–59.

Infocop (s/f). (2023, novembre 27). *Aumentan las consultas en AP por ansiedad, problemas de sueño y depresión*. Infocop. <https://www.infocop.es/aumentan-las-consultas-en-ap-por-ansiedad-problemas-de-sueno-y-depresion/>

Institut per a la Convivència i l'Èxit Escolar-BENESTAR. (s/f). Caib.es. Recuperat el 16 de juny de 2024, de <https://www.caib.es/sites/convivexit/ca/benestar/>

Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A. (2023). Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. (2023, setembre 19). Centro Reina Sofía de Fad Juventud. <https://www.centroreinasofia.org/publicacion/barometro-salud-2023/>

Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado, 340, de 30 de diciembre de 2020.

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado, 134, de 5 de junio de 2021. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347>.

Luengo, J.A. *Promover el bienestar psicológico en los centros educativos: la necesidad de actuar con criterio*. Infocop.es. Recuperat el 16 de juny de 2024, de <https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2024/02/A-FONDO-guia-febrero-jose-antonio-luengo.pdf>

Luengo, J.A y Yévenes, R. (2022, febrer 8). *Salud mental y centros educativos: el valor de las distancias cortas*. Blog de Psicología del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://blogpsicologia.copmadrid.org/salud-mental-y-centros-educativos-el-valor-de-las-distancias-cortas/>

Mollà, L., Batlle, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L.M., Pérez,V. & Bulbena, A. (2015). *Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20, 51–61.

Organización Mundial de la Salud (s/f). *Salud mental del adolescente*. Recuperat el 16 de juny de 2024, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (s/f). (2021). *Conjunto de instrumentos para ayudar a los adolescentes a prosperar*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341346/9789240026971-spa.pdf>

PERSPECTIVA PSICOLÒGICA SOBRE LA SITUACIÓ D'UCRAÏNA

PERSPECTIVA PSICOLÓGICA SOBRE LA SITUACIÓN DE UCRANIA

PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE ON THE SITUATION IN UKRAINE

MARÍA DOLORES PUJADAS SÁNCHEZ

Psicóloga colegiada B-00858

Doctora en Psicología

Experta en situaciones de emergencia

Contacto:

pujadas75@hotmail.com

RESUM

Aquest article tracta d'exposar la situació viscuda dels desplaçats procedents d'Ucraïna acollits a Mallorca i el servei ofert per part del Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears (COPIB) a través del Dispositiu de suport psicològic a famílies ucraïneses desplaçades a les Illes Balears com a conseqüència de la guerra. En principi, va ser fonamental la col·laboració sol·licitada per part de l'Assemblea Autònoma de la Creu Roja a les Illes Balears al COPIB. Un cop finalitzat aquest pacte de col·laboració, el COPIB va poder continuar amb el programa a través de diverses entitats privades.

PARAULES CLAU: migració, estrès post traumàtic, adaptació

RESUMEN

El presente artículo trata de exponer la situación vivida de los desplazados procedentes de Ucrania acogidos en Mallorca y el servicio ofrecido por parte del Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares (COPIB), a través del Dispositivo de apoyo psicológico a familias ucranianas desplazadas a las Islas Baleares como consecuencia de la guerra. En principio, fue fundamental la colaboración solicitada por parte de la Asamblea Autónoma de la Cruz Roja en las Islas Baleares al COPIB. Una vez finalizado este pacto de colaboración, el COPIB pudo continuar con el programa a través de varias entidades privadas.

PALABRAS CLAVE: migración, estrés postraumático, adaptación

ABSTRACT

This article attempts to describe the situation experienced by displaced persons from Ukraine who have been welcomed in Mallorca and the service offered by the Official College of Psychology of the Balearic Islands (COPIB), through the Psychological Support Facility for Ukrainian families displaced to the Balearic Islands as a result of the war. Initially, the collaboration requested by the Autonomous Assembly of the Red Cross in the Balearic Islands to the COPIB was fundamental. Once this collaboration agreement was finalised, the COPIB was able to continue with the programme through various private entities.

KEYWORDS: *migration, post-traumatic stress, adaptation*

1. INTRODUCCIÓN

Desde que el 24 de febrero de 2022, Rusia emprendió una agresión bélica/militar contra Ucrania, millones de personas han huido de la guerra, buscando refugio en los países de la Unión Europea. Según datos del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), a partir de ese momento se produjo una diáspora hacia Alemania, República Checa, Reino Unido, España e Italia, entre otros, pero también hacia países como Rumanía, Eslovaquia y Moldavia, por ser estados limítrofes con Ucrania, en ocasiones de forma temporal para seguir hacia otros países.

El 4 de marzo de 2022, la UE activó la *Directiva de protección temporal*. Esta Directiva se había adoptado en 2001 tras los desplazamientos masivos que tuvieron lugar en Europa debido a los conflictos armados de los Balcanes Occidentales, en particular desde Bosnia y Herzegovina y Kosovo (Consejo Europeo. Consejo de la Unión Europea).

El 27 de septiembre de 2023, los ministros alcanzaron un acuerdo político sobre la

prórroga de la protección temporal hasta el 4 de marzo de 2025. Lo más dramático de la situación fue que muchas familias tuvieron que separarse. La mayoría de hombres fueron llamados a combate, mientras que las mujeres, menores y adolescentes, en ocasiones acompañados por personas mayores de su entorno, pudieron salir del país después de no pocas vicisitudes y calamidades que dejaron una profunda huella en su mente y en todo su ser.

En este contexto, el Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares (COPIB), a petición de la Cruz Roja, colaboró desde el inicio de 2022 con un equipo de profesionales de la Psicología atendiendo a los primeros desplazados que llegaron a Mallorca y que, en principio, fueron alojados en el Hotel Bellver del Paseo Marítimo de Palma. Llegada la temporada turística, los desplazados tuvieron que ser desalojados para que el hotel pudiera cumplir con las reservas que tenía concertadas, siendo enviados a distintas localidades de Mallorca, y también a otros países de la UE. Ante esta situación, y gracias a varias entidades privadas, en junio de 2022 el COPIB creó una pla-

taforma coordinada por el decano del Colegio Oficial de Psicología, la cual sigue vigente en la actualidad.

2. EL IMPACTO PSICOLÓGICO EN LOS FAMILIARES QUE SE QUEDAN EN EL PAÍS

Es la parte menos conocida de la migración: los que se quedan, igual que los que se fueron, pueden presentar sentimientos negativos, tristeza y nostalgia, porque la estructura de la familia cambió. Esto se puede convertir en un duelo patológico que va a requerir atención psicológica, comenta la psicóloga Yorelis Acosta (González, 2023). Así, los más afectados emocionalmente son las personas mayores que se han quedado solas en el país, y quienes no pueden acceder al uso de la tecnología para comunicarse en la distancia. También la ausencia paterna en menores desplazados es otro grave problema psicológico.

3. ASPECTOS DEL DUELO MIGRATORIO

El duelo es la reacción natural de todo ser humano ante alguna pérdida. Se caracteriza por una emoción fuerte y abrumadora que sienten las personas y puede llegar a ser incapacitante cuando no permite que se realicen las tareas cotidianas. En el caso del duelo migratorio, se trata de un proceso normal de adaptación por el que atraviesan los inmigrantes cuando llegan al país de acogida. Joseba Achotegui, psiquiatra español conocido por haber descrito el síndrome de Ulises en 2002, menciona una serie de características que cada persona siente a su manera, con mayor o menor intensidad:

- Duelo por la familia y los seres queridos: la falta de una red de apoyo emocional

cercana hace que las dificultades por las que atraviesa el migrante sean más difíciles de afrontar.

- Duelo por la tierra: los paisajes, el clima, los espacios urbanos o rurales son ejemplos de lo que el migrante recuerda durante el duelo y que genera un impacto emocional en él.

- Duelo por la lengua: la migración trae consigo la tarea de aprender un nuevo idioma, lo cual requiere un gran esfuerzo. No poder expresarse en la lengua materna resulta complicado mientras se está tratando de integrar una nueva lengua y un nuevo lugar.

- Duelo por la cultura: desde la comida hasta la comunicación y la manera de vestir, todo cambio cultural dentro del proceso de adaptación de la migración implica separarse de la cultura de origen. Como toda separación puede generar resistencia y tristeza.

- Duelo por el estatus social: la búsqueda de nuevas oportunidades laborales, que en muchos casos está por debajo de su formación y de la que tenían en el país de origen.

- Duelo por la falta del sentido de pertenencia en contacto con el nuevo grupo de acogida.

- Duelo por riesgos para la integridad social: la discriminación de la que son víctimas los migrantes también genera en ocasiones un duelo por la exclusión social y el racismo.

El síndrome de Ulises, o síndrome del migrante, relacionado con el estrés crónico y múltiple, se refleja en estos siete puntos del duelo migratorio de Achotegui. A todo ello hay que añadir los recuerdos y las cosas materiales, algunas con gran valor sentimental.

3.1. Aspectos comunes en el estado de ánimo de las personas atendidas

Lola Pujadas, que desde marzo de 2022 hasta la fecha ha prestado ayuda psicológica a una veintena de familias, ha podido constatar unos sentimientos comunes a todas ellas:

- Duelo NO resuelto por la pérdida de familiares directos, algunos fallecidos en combate de los que no se han podido despedir por la situación dada y por la distancia.
- Duelo latente por la ausencia o pérdida de la pareja. En mujeres jóvenes, la pérdida del vínculo familiar, no solo a nivel emocional, sino también a nivel físico, que implica la necesidad de relaciones afectivas y sexuales y la percepción de pérdida y/o abandono.
- Especial incidencia de todo ello en menores y adolescentes, por la ausencia del padre o personas de referencia, y por ser en sí misma una etapa de cambios hacia la madurez que se ha visto bloqueada, y en otras ocasiones potenciada por la situación.
- Duelo por la pérdida o abandono forzado de su propia casa, sus pertenencias y su entorno a causa de una huida precipitada y tal vez sin retorno.

- Incertidumbre, miedo y desesperanza respecto a su propio futuro y al de los seres más queridos, los que han dejado allí y los que los han acompañado en su huida.

- Signos y síntomas de estrés postraumático (EPT) y estrés prolongado (EP) que implican, en algunos casos, haber permanecido en refugios subterráneos por un tiempo indefinido.

- Experimentación o reviviscencia de sucesos, en su mayoría negativos, sobre la huida y las penurias de un largo y peligroso viaje, encontrarse en un vagón de tren con gente desconocida y con la amenaza real de mafias, tiroteos y bombas durante el recorrido para llegar a la frontera del país vecino sin saber a dónde dirigirse y en quién confiar.

- Una vez llegados al lugar de acogida, conflictos de convivencia con la familia de acogida o con la propia familia. Se dejan atrás muchos valores, incluso la propia identidad.

- Malestar por las diferencias culturales, por el desconocimiento de la lengua, por la impotencia de renunciar a su profesión, en ocasiones altamente cualificada, teniendo que limitarse a trabajos de servicio o limpieza para subsistir.

- Algunos casos de enfermedad mental sin diagnosticar, la cual se ha visto agravada por todas las circunstancias descritas.

Respecto a las familias de acogida, sean familia, conocidos o extraños, se pueden dar

síntomas de tristeza, ansiedad y depresión, que la profesora de la Universidad de Comillas Rocío Rodríguez define como “estrés bélico”.

3.2. Pautas para facilitar la adaptación en adultos, menores y adolescentes

Algunas de las pautas que Pujadas ha tratado de implementar, tanto a familias desplazadas como a familias de acogida, es la gestión y horarios de los canales de información, evitando la sobreinformación, en especial antes de ir a dormir. Se ha podido constatar que los menores y adolescentes quedan “atrapados” en las redes sociales, para mantener el contacto con amigos y/o compañeros de clase que todavía no han abandonado el país. Esto puede llegar a provocar una visión de túnel y una espiral de emociones negativas muy dañinas para la salud mental, dificultando el proceso de adaptación. Los expertos en redes sociales hablan de Infodemia: la conexión permanente puede dar lugar a una desconexión de la realidad y a un impedimento para el proceso de adaptación.

En general, para facilitar la adaptación al nuevo medio, es recomendable establecer vínculos sociales en el lugar de acogida, tratar de seguir la rutina anterior practicando algún tipo de deporte o actividad, buscar ayuda y recursos a nivel institucional para aprender el nuevo idioma, la cultura y los lugares del entorno próximo, sin renunciar a la esperanza de recuperar su verdadero hogar y volver al lugar de origen. La Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta de que las personas que han vivido este tipo de situaciones pueden sufrir enfermedades mentales severas como la esquizofrenia, paranoia, disociación y estrés postraumático. Además, la OMS advierte

de que, aunque finalice la guerra, el trauma psicológico que lo provocó se puede prolongar durante años. La ayuda psicológica debe estar enfocada a evitar este tipo de trastornos.

3.3. Pautas recomendadas para el manejo de la ansiedad en menores:

- Explicar los conceptos básicos del conflicto sin evitar la conversación: escuchar sus preocupaciones y brindar respuestas adecuadas a su edad sobre lo que está sucediendo. Asegurarse de que se sienten apoyados y seguros, sin menoscabar el nivel de amenaza.
- Evitar la exposición constante de noticias a través de redes sociales u otros medios.
- Los menores captan los sentimientos de estrés y angustia en los adultos y se muestran muy sensibles a estas reacciones. Tratar de pedir ayuda para gestionar estas emociones.
- Buscar apoyo ante cualquier sospecha de malestar en el menor, ofreciendo asesoramiento hacia actividades de ocio o deporte para mitigar el estrés.

4. FACTORES DE RIESGO. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y SUICIDIO

Es necesario tener en cuenta que el mayor riesgo por la falta de adaptación al nuevo entorno y la fijación por lo vivido es el suicidio. El psicólogo clínico Miguel Guerrero Díaz, experto en conducta suicida y coordinador de grupos de trabajo, aporta luz sobre una muerte oculta: el suicidio en tiempos de guerra: "el

16% de los refugiados y desplazados por las guerras tiene ideas de suicidio" (2023, diario *El Mundo*).

La literatura científica nos dice que en tiempos de guerra y posguerra aumentan los trastornos psicológicos: la depresión un 37%, los de ansiedad un 66% o el estrés postraumático un 33%. Crecen la depresión, el insomnio, el consumo de drogas... Si en tiempos de paz estos tipos de trastorno psicológico afectan a una de cada 14 personas, en tiempos de guerra lo hacen a una de cada tres. Luego están factores sociales como la migración, las separaciones forzosas, los duelos o las pérdidas del hogar y el empleo. Sabemos que una subida del 1% del paro implica una del 0,8% en la conducta suicida. Y, por último, el daño moral, o sea, la humillación, la pérdida de libertad y del sentido de la vida. Y también los factores de protección que desaparecen: infraestructuras sanitarias, educativas, sociales... La gente se desintegra socialmente.

4.1. Colectivos con mayor riesgo de suicidio en la crisis de Ucrania

Los migrantes forzosos, los combatientes, las víctimas directas de abusos y violencia, las minorías étnicas o de religión, los enfermos físicos y mentales. Los hombres de 45 a 66 años son una población de riesgo en sí, pero ahora perderán el empleo y entrarán en combate. Y, por supuesto, la infancia y la adolescencia es un colectivo de riesgo porque la guerra cancela la infancia, concluye el psicólogo Miguel Guerrero Díaz.

5. INTERVENCIÓN DEL GRUPO DE APOYO PSICOLÓGICO DEL COPIB

La intervención o apoyo psicológico se ofreció de inmediato a la llegada de familias desplazadas desde Ucrania para prevenir conductas desorganizadas que pudieran poner en riesgo la vida de las personas, en su mayoría mujeres, menores y adolescentes, en muchos casos acompañados por abuelos o familiares de avanzada edad. Otros miembros de estas familias, aun asumiendo el riesgo de permanecer en su lugar de origen, optaron por quedarse en su entorno debido a diversas razones, en su mayoría de tipo emocional.

En general, la petición de ayuda para los menores fue solicitada desde los centros de Colegio de Educación Infantil y Primaria (CEIP), Instituto de Educación Secundaria (IES), que imparten ESO, Bachillerato o ciclos formativos de Formación Profesional.

El/la director/a del centro relativo a la localidad donde residían los menores, a través de la información acreditada por profesores de los mismos y tras observar una serie de dificultades para su adaptación, se pusieron en contacto con los Servicios Sociales o Educativos de la zona, quienes, a su vez solicitaron ayuda al COPIB, como entidad responsable y coordinadora del Dispositivo de apoyo psicológico a familias ucranianas desplazadas a las Islas Baleares como consecuencia de la guerra, creado por el Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares en junio de 2022, por un equipo de diez psicólogos/psicólogas, en su mayoría expertos en duelo y/o en emergencias.

En el caso de adultos y familias, la petición fue igualmente solicitada a través de los servicios sociales o por el servicio sanitario de atención primaria de la zona en cuestión. En cualquier caso, los menores siempre fueron atendidos

en el contexto familiar y en compañía de sus progenitores/tutores o bien con una autorización explícita para ello.

La gran dificultad de las intervenciones fue el idioma, que se pudo solucionar con la ayuda de una traductora de origen ucraniano residente en la Isla desde hace 20 años.

Cabe destacar que desde hace varias décadas existe una numerosa presencia de extranjeros de nacionalidad ucraniana en Mallorca. Según el informe del Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI) de 2023, de los 1.718 residentes en 2021, se pasó a la cifra de 4.644 en 2022, incremento motivado por la guerra en Ucrania.

5.1. Descripción de tres casos. Procedimiento y recogida de datos

(Se ha enmascarado edad, casuística y lugar de acogida para preservar su identidad.)

Como norma del coordinador del equipo y por parte del COPIB, éste se estableció como grupo de ayuda o apoyo psicológico en situación de crisis, no como terapia. Por tanto, hubo evaluación y recogida de datos, pero no diagnóstico clínico ni tratamiento. La primera sesión se iniciaba con una entrevista de presentación, bien con todos los miembros de la familia, bien por separado, según las circunstancias. Unas veces con una entrevista semiestructurada, otras, con una entrevista abierta dando margen para la expresión emocional. Fueron muy útiles las técnicas de papel y lápices de colores, que, debido a la dificultad del idioma, ayudaron a entender su mundo interior, especialmente en menores. En ningún caso se les pidió que hablasen de la guerra ni de su orientación política o sus creencias

religiosas, solo cuando ellos tenían necesidad hacerlo se comentaban sus razonamientos sin ser cuestionados o juzgados. En caso de detectar graves secuelas del trauma vivido o estrés postraumático, se informaba de ello al centro correspondiente que lo solicitaba y se aconsejaba tramitarlo a salud mental.

Una vez finalizadas una media de cinco sesiones de aproximadamente una hora de duración, se daba cuenta de ello al COPIB y al servicio que lo había solicitado, para que tomaran las medidas pertinentes a la situación.

5.1.1. Caso 1

Descripción del caso: Joven madre divorciada con dos adolescentes, niño de 13 y niña de 15 años. Estuvieron viviendo durante un año con un familiar residente en la isla hasta que la madre encontró trabajo y decidió compartir vivienda de alquiler con otros compatriotas para no ser una carga.

Motivo de la consulta: La madre y los dos adolescentes se encuentran desmotivados y echan en falta su círculo de amistades y sus rutinas diarias. Han sido derivados por la trabajadora social, que a su vez ha sido informada por la directora del centro escolar sobre las repetidas ausencias de ambos, la falta de interés en aprender el nuevo idioma y cualquier otra materia relacionada con el programa escolar en curso.

Primera sesión. Evaluación familiar y recogida de datos: Como muchas familias, han llegado a Mallorca huyendo del horror de la guerra, de la pérdida de trabajo y de su propia casa. La madre regentaba un pequeño negocio en una importante ciudad de Ucrania y, aunque el padre de sus hijos se desentendió

de la responsabilidad familiar, ella podía mantener a la familia con ciertas comodidades. La no aceptación de lo sucedido son la principal causa del problema. A la primera reunión asistieron la madre y los dos menores.

Con la ayuda de la traductora, se utilizó la escucha activa y la observación a través del lenguaje corporal y gestual, verbal y no verbal, del relato de sus vivencias desde que llegaron a Mallorca, prestando atención a las cadencias y los silencios, las relaciones de apego entre los miembros de la familia, las relaciones sociales generadas en ese espacio de tiempo y las actividades de ocio, especialmente en los adolescentes.

Se constata que el origen del conflicto familiar viene determinado por el fuerte carácter de la hija, quien domina la situación e impone las pautas de convivencia. La madre se levanta muy temprano para ir a su trabajo, mientras que los adolescentes acuden tarde al colegio o, simplemente, no van. A pesar del tiempo transcurrido, siguen atrapados en las redes sociales e inmersos en su mundo ideal: no son conscientes de que la situación social y económica ha cambiado para ellos. Los menores culpan a la madre y le exigen que resuelva su situación, responsabilizándola de todos sus problemas.

Después de escuchar a cada uno de ellos, se trata de establecer algún tipo de consenso o acuerdo para establecer unos objetivos mínimos, como tratar de acudir a las clases, incluso, a las de castellano/catalán, pero los menores no están dispuestos a implicarse.

Segunda sesión: Aun entendiendo las necesidades propias de los adolescentes y del estrés permanente de la madre, se dan pau-

tas de relajación y se les pide un registro de la interacción y de las relaciones emocionales con los menores, las causas que han generado las discusiones y la forma de abordarlo. Así mismo, en función de los objetivos marcados, se pide de nuevo colaboración a los menores para rebajar las tensiones familiares. Parece que lo aceptan, pero se trata de una simulación para no entrar en conflicto.

Tercera sesión: se cita únicamente a la madre para recoger sus necesidades como madre y como mujer: se confirma la fatiga física y mental, desbordada por la situación.

Cuarta sesión: Aunque los adolescentes vienen acompañados por su madre, se les atiende por separado para que se puedan expresar con mayor libertad. No hay avances.

Quinta sesión: Apenas se han hecho registros por parte de la madre, si bien comenta que el carácter de su hija sigue siendo violento y destructivo, hasta el punto de temer sus reacciones. El hermano no se atreve a contradecirla y ha consolidado una alianza con la madre, desarrollando el rol de tutor. Las quejas por parte del centro escolar siguen vigentes. Se sospecha que la niña puede tener un Trastorno Limite de Personalidad y un comportamiento pasivo-agresivo agravado por la ausencia de límites desde la infancia y por la situación devenida. Esto se pone en conocimiento de la trabajadora social, quien lo pasa a los servicios del menor y del Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (IMAS).

5.1.2. Caso 2

Descripción del caso: Joven madre con hija única de 13 años, cuyo esposo se ha quedado en Ucrania por imperativo de la guerra.

Ha sido alojada en un centro de acogida del IMAS, quien, además, le ha proporcionado trabajo y escolarizado a la hija en el IES cercano a su residencia. No tienen más referencia que los servicios sociales de la zona, quien las ha derivado al Dispositivo de Apoyo Psicológico del COPIB.

Motivo de la consulta: Desmotivación por cualquier tipo de relación con el entorno, creando un microcircuito familiar y de retroalimentación entre madre e hija que les impide avanzar. El aprendizaje de la nueva lengua dificulta aún más la integración en la escuela.

Primera sesión. Evaluación del problema y recogida de datos: Al igual que la mayoría de desplazados ucranianos, han dejado atrás una vida relativamente cómoda en su ciudad de origen. La separación familiar del padre y esposo ha sido dramática. Los abuelos, a pesar de las circunstancias, se han negado a dejar su entorno. Relatan la huida con episodios de fuego cruzado tanto en la frontera como durante el trayecto realizado en un tren hasta llegar a un país de la UE. Superado el shock inicial, muestran signos de fatiga crónica, visión de túnel de su propio futuro y de los seres queridos dejados en Ucrania. Pensamiento delirante y obsesivo sobre la muerte y el no retorno a su lugar de origen, lo cual imposibilita el proceso de avance y adaptación. A diario mantienen conversación y videollamada con ellos y, si en alguna ocasión, no se puede establecer la conexión, temen lo peor. Padecen estrés mantenido.

Ronda de sesiones: En la segunda sesión se trató de explorar los recursos propios y habilidades de afrontamiento, o los que pudieran desarrollar con la ayuda del profesional de Psicología para paliar su estado emocional.

Se ofrecieron recursos para iniciar el proceso de duelo por todo lo perdido, y estrategias enfocadas al futuro inmediato para el proceso de adaptación. Se dieron pautas de relajación y se establecieron unos objetivos generales. En las siguientes sesiones, se revisaron las pautas y objetivos anteriores.

A su vez, los servicios sociales facilitaron cursos del idioma para poder comunicarse con el entorno próximo, el trabajo y la escuela y, con ello, ha mejorado su relación social. Hay aceptación incondicional por parte de la psicóloga del carrusel de emociones que permanecen activas, sin eludir lo difícil de la situación y sin descartar que ésta puede mejorar o empeorar y que es positivo mantener la esperanza de la reunificación familiar.

5.1.3. Caso 3

Descripción del caso: Familia extensa compuesta por nueve miembros que acaban de llegar a Mallorca sin parentesco alguno con familiares residentes en la isla ni conocimiento del idioma; padre y madre, alrededor de 45 años, 4 hijos menores, 2 niños y dos niñas, entre 14 años el mayor y 3 años la menor, abuelos maternos, alrededor de 75 años, y abuela paterna, alrededor de 70 años. Al parecer, el padre ha podido salir con ellos por su condición de familia numerosa. Han sido acogidos por los servicios sociales del ayuntamiento en cuestión, quien, debido al gran número de componentes les han facilitado una vivienda unifamiliar con un gran terreno para trabajar en su propio huerto.

Motivo de la consulta: Han sido derivados por los servicios sociales, ya que no muestran mucho interés en escolarizar a los menores ni adaptarse a la nueva situación. El hecho de

vivir alejados del núcleo poblacional no facilita su integración, pero es la única opción posible hasta el momento. El principal conflicto surge entre los abuelos maternos y el padre de los cuatro menores. Por el contrario, la madre muestra un comportamiento sumiso hacia el esposo y una desconexión total de la situación, observando una marcada desidia hacia su persona y hacia sus hijos. Se rechazan entre ellos, pero se necesitan.

Primera sesión. Recogida de datos y evaluación familiar: En la mayoría de casos procedentes de Ucrania, hay cierta reticencia en solicitar ayuda, en especial la relativa a la salud mental. En su país de origen, el matrimonio y sus cuatro hijos vivían con la abuela paterna, mujer de gran carácter, y los abuelos maternos totalmente independientes. La situación límite, en especial para los menores, ha puesto en alerta los servicios sociales, quien ha facilitado un espacio para la interacción de la psicóloga con la familia al completo. Ambas familias mantienen diferencias ideológicas respecto al conflicto bélico, lo cual queda patente en la ronda de entrevistas. La situación sobrevenida de compartir espacio y tiempo ha incrementado sus diferencias, provocando un caos familiar con grave repercusión en los menores. Al parecer, y sin tener constancia de un diagnóstico previo de enfermedad mental, todo apunta a que la madre ya ha sufrido episodios anteriores de depresión o trastorno psicoafectivo, caracterizado por una desconexión de la realidad y alternancia de episodios maníacos con episodios depresivos. La menor de 10 años, tercera de los cuatro hijos, presenta el mismo patrón de conducta que la madre. El padre mostró rasgos obsesivos y discurso reiterativo sobre sus ideas, eludiendo lo trascendental de los acontecimientos. La ocupación anterior de los abuelos maternos

ha sido la agricultura y son los responsables de cuidar el huerto, cocinar y cuidar de los menores.

Ronda de sesiones: Se realizaron 5 sesiones de entrevistas de gran complejidad debido a la escasa implicación de todos los miembros, todas ellas asistidas por la traductora habitual. La madre, bajo el pretexto de cuidar de la menor de tres años, declinó participar en las entrevistas. El padre se mostró arrogante, argumentando su retórica. La psicóloga desvió la conversación del hombre hacia el objeto principal de la cuestión: el soporte emocional. Los abuelos se mostraron más participativos, aunque evitaron en todo momento facilitar cualquier tipo de información comprometida respecto a la familia.

Este fue uno de los casos más complicados ya que no se dieron las circunstancias adecuadas para intervenir, poniendo todo ello en manos de los servicios sociales, advirtiendo sobre la situación de desamparo de los menores y los posibles problemas mentales de la madre y tal vez de la menor de 10 años.

5.2. Recursos de los afectados a favor/en contra de la intervención

Es inevitable que cada persona o grupo familiar frente a la misma situación responda o reaccione de diferente forma en función de múltiples factores, que pueden facilitar o dificultar el proceso de adaptación como los rasgos de personalidad, la edad, las circunstancias anteriores a la situación, la historia de pérdidas o duelo previo al conflicto, la edad, la formación, las creencias sociales o religiosas, y la cultura, entre otros.

La fortaleza, resiliencia y la visión realista, aunque esperanzadora, del futuro se consideran facilitadores para el proceso de adaptación y resolución de duelo. Por el contrario, los recursos inhibidores de la socialización o adaptación al nuevo entorno son principalmente la desesperanza, el desconocimiento de la lengua, las diferentes costumbres y cultura, y el cambio sustancial de sus condiciones de vida, y tal vez la pérdida del estatus previo.

6. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

La intervención por parte de los profesionales de psicología del Dispositivo de apoyo psicológico a familias ucranianas sigue siendo de

gran utilidad. Como ya se comentó, en ningún momento se ha tratado de un proceso terapéutico, sino de mediación entre las diversas instituciones que lo han solicitado y de apoyo o soporte emocional para minimizar el sufrimiento de las familias desplazadas.

Lamentablemente, hay casos de difícil solución, pero el soporte emocional sigue siendo incondicional. Un buen número de familias que han solicitado ayuda, y las propias instituciones, han valorado de forma muy positiva la intervención del programa, evitando la espiral de pensamientos intrusivos, fomentando la prevención del estrés postraumático y facilitando el proceso de adaptación.

REFERENCIAS

Achotegui, J. (2022). *Los siete duelos de la migración y la interculturalidad*. NED Ediciones.

Achotegui, J. (2020). *El síndrome de Ulises*. NED Ediciones.

Álvarez, J. (2022, 6 de marzo). *El psicólogo clínico Miguel Guerrero aporta luz sobre una muerte oculta: el suicidio en tiempos de guerra*. Diario 'El Mundo'. España. <https://www.elmundo.es/espana/2022/03/06/6223cc42fdddfab108b45f8.html>

Blakemore, E. (2019, febrero). *Human migration sparked by wars, disasters, and now climate*. National Geographic. <https://www.nationalgeographic.com/culture/article/migration>

COP Madrid (2016). *Guía para la Intervención Psicológica con Inmigrantes y Refugiados*.

COP Madrid (2023). *Menores viviendo una guerra. Guía para crear un Paraguas de Protección Psicológica*.

González, T. (2023, 28 de diciembre). *La diáspora venezolana y el impacto psicológico de emigrar*. Entrevista a Yorelis Acosta. 'Diario de Caracas'. <https://eldiario.com/2023/12/18/diaspora-venezolana-impacto-psicologico-emigrar/>

Groeneveld, E. (2017). *Las primeras migraciones humanas*. *World History Encyclopedia*. <https://www.worldhistory.org/trans/es/2-1070/las-primeras-migraciones-humanas/>

Pujadas, M. D. (2022). *Intervención Psicológica en Emergencias*. Madrid: Pirámide

Riera, A. (2022, 15 de agosto). *El factor comú dels refugiats de guerra ucraïnesos és el dubte i la incertesa, no saben què serà de les seves vides*. Entrevista a Lola Pujadas. Revista 'Cent per cent'. Manacor. Mallorca [https://www.centpercent.cat/el-factor-comu-dels-](https://www.centpercent.cat/el-factor-comu-dels-refugiats-de-guerra-ucraïnesos-es-el-dubte-i-la-incertesa-no-saben-que-sera-de-les-seves-vides/)

[refugiats-de-guerra-ucraïnesos-es-el-dubte-i-la-incertesa-no-saben-que-sera-de-les-seves-vides/](https://www.centpercent.cat/el-factor-comu-dels-refugiats-de-guerra-ucraïnesos-es-el-dubte-i-la-incertesa-no-saben-que-sera-de-les-seves-vides/)

Tomasi, J. C. (2022). *La Memoria del Olvido*. Barcelona: Blume (Naturart).



DISPOSITIVO DE APOYO PSICOLÓGICO A FAMILIAS UCRANIANAS DESPLAZADAS A LAS ISLAS BALEARES COMO CONSECUENCIA DE LA GUERRA





Tel. 971764469
copib@cop.es
Lunes a viernes: 9h a 14h
Lunes a miércoles: 16h a 19h.

COLABORAN

brokers



ANEXO 1: LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES EXPERTOS EN MIGRACIONES

Lola Pujadas: entrevista de Antoni Riera, revista *Cent per Cent Manacor* (15/8/22).

“el factor común de los refugiados de guerra ucranianos es la duda y la incertidumbre, no saber qué será de sus vidas”.

Lola Pujadas, doctora en Psicología por la UIB y experta en situaciones de emergencia, fue una de las psicólogas que participaron en la plataforma coordinada por el COPIB para atender a familias desplazadas a Mallorca a causa de la situación bélica en Ucrania.

“Fueron sesiones muy duras”, cuenta, “con mucho dolor y muchos llantos”. Pero la temporada turística debía empezar y aquellas familias tuvieron que buscar otro sitio para vivir. Otros lugares de la península e incluso otros países fueron su destino. Pero la demanda de atención psicológica por parte de los refugiados ucranianos continuaba. Fue así como el COPIB formó un equipo de expertos en emergencias para ayudar a estas familias en todas Baleares y que fue posible, también, gracias al apoyo de *Caixa Colonya*, y las empresas *Markel*, *Brokers* y *ETS*. Pujadas, autora de “Intervención Psicológica en Emergencias” (Pujadas, 2022), ha intervenido en Manacor y en otras localidades.

Pujadas explica que “para nosotros no ha sido totalmente nuevo, en el Colegio siempre vamos un paso adelante. Las personas que han venido de Ucrania, salvando las distancias, viven una experiencia similar a la que pueden vivir las familias afectadas por la erupción del volcán de La Palma: no es exactamente una situación de guerra, pero sí, encontramos personas que han perdido su casa, que deben vivir en un espacio que no es el suyo”. Lola Pujadas nos cuenta que “en el caso de los ucranianos, hemos atendido no sólo a los desplazados y refugiados, sino también a las personas que han hecho la acogida, porque con el tiempo ves que aquello no es tan guapo como pensabas, que aquellas personas necesitan una atención y porque compartir tu casa también comporta un desgaste personal. Todos queremos ser buenas personas y queremos acoger, pero todo ese espíritu solidario queda después algo diluido con el tiempo, esto es una cuestión muy humana”.

Un factor común a la mayoría de personas y familias que ha atendido en Manacor es la duda y la incertidumbre: “aparte del due-

lo que supone dejar a personas queridas en el país de origen, se preguntan qué será de su vida”. Los niños han dejado sus juguetes, los adolescentes han dejado a sus amigos... “de hecho, hay menores que todavía hoy se comunican cada día con sus amigas/os de Ucrania”. Todo ello puede conducir a lo que conocemos como estrés postraumático. Con esta afectación “se puede llegar incluso al mutismo: a muchos de ellos, es difícil sacarles apenas unas palabras, entran en el hundimiento y el silencio porque no quieren pensar en lo que está ocurriendo”. Pujadas advierte de que “es muy delicado tratar de profundizar en el trauma si no quieren hablar, por tanto, les pedimos permiso, si están dispuestos a hablar de ello, porque de lo contrario la persona se puede romper y/o descontrolar”. Por el contrario, se trabajan aspectos positivos de la nueva situación, por eso también les preguntamos “si han hecho amigos aquí, si han intentado aprender el idioma, si realizan actividades...”. Asimismo, para Pujadas ha supuesto una dificultad añadida el hecho de que la gente de Ucrania “no tiene por costumbre acudir al psicólogo, o contar sus preocupaciones al psiquiatra o al médico”.

“Muchos arrastran traumas anteriores, pero aparte de eso, se detectan emociones como la vergüenza, porque quizás provienen de familias acomodadas, y ahora se encuentran pidiendo *limosna*; o la rabia, porque no tienen recursos para encontrar un trabajo aquí, sobre todo por el desconocimiento del idioma”, dice Pujadas, que cuando ve que la problemática sobrepasa las funciones de su grupo, deriva los casos a Servicios Sociales.

Lola Pujadas nos habla también de los adolescentes ucranianos que han llegado aquí huyendo de la guerra con sus madres: “Les han traído un poco engañados, porque mu-

chos lo que quieren es volver y les dijeron que sería por poco tiempo. Intentamos no crear falsas expectativas, pero sí infundirles esperanza. Yo les hablo de Nelson Mandela, que estuvo cuarenta años recluido sin perder nunca de vista el horizonte”.

1.1. Las crisis migratorias: una constante en la humanidad

Las primeras migraciones humanas: este fragmento del artículo publicado por *Emma Groeneveld*, menciona al *Homo erectus* como el primer grupo de humanos que se dispersaron desde África a través de Eurasia. Se da por hecho su papel protagonista en la historia de las primeras migraciones humanas. Si nos remontamos 200.000 años atrás, el *Homo sapiens* no era más que una especie incipiente que se desarrollaba en África, mientras que el *Homo erectus*, considerados nuestros ancestros, ya habían viajado más allá de África para explorar partes de Eurasia, y especies emparentadas como la *neandertal* y *denísova*, que habían sido trashumantes mucho antes que nosotros.

“Está claro que «la falta de trabajo» o «las terribles circunstancias políticas» no son causas aplicables a estas primeras migraciones humanas, más bien hay que pensar en cuestiones como un empeoramiento del clima que habría convertido a esos lugares en grandes hornos o congeladores donde apenas había nada que pudiera vivir o crecer, o en catástrofes naturales, en la competencia con grupos de vecinos hostiles, en la escasez de alimentos y otros recursos que haría imposible mantener a una serie de personas en un área determinada, o la migración de su alimento de mayor movilidad (rebaños de herbívoros). Por otro lado, los factores de atracción

suponen encontrarse con nuevas posibilidades y recompensas. En principio, son el lado favorable de los elementos mencionados en la sección de los factores de “empuje”, tales como tierras más verdes con mejor clima, y enorme cantidad de recursos y alimentos”. En otro sentido, el segundo libro de la Biblia, el Éxodo, escrito entre 1440 y 1400 a.C., narra la huida de Egipto por parte de los Israelitas, como el movimiento migratorio histórico más conocido de la antigüedad.

El fotoperiodista español Juan Carlos Tomasi, presenta un crudo repaso de la realidad actual aunque esperanzador recorrido por los puntos del globo más ignorados por nuestras miradas, desde Sudán a México, pasando por los Territorios Palestinos, Afganistán, la República Democrática del Congo, Etiopía o Mozambique, a través de las páginas del libro *La memoria del olvido*, relativo a la ayuda de Médicos Sin Fronteras.

La definición de “migración” según la Real Academia de la Lengua (RAE) es: “Desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales”. Según datos de la ONU, en 2019, al menos 272 millones de personas vivían fuera de su país de origen. La migración, voluntaria o forzada, ha configurado profundamente nuestro mundo. Como vemos, la historia se repite.

Los datos recogidos sobre el “Reporte Migratorio Mundial 2022” de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), señalan que en 2020 había alrededor de 281 millones de migrantes internacionales. En los últimos dos años, destaca la migración y desplazamientos debido a conflictos o a una grave inestabilidad económica y política.

CONDUCTA AUTOLESIVA, AMB O SENSE IDEACIÓ SUÏCIDA, EN CENTRES D'EXECUCIÓ AMB MESURES D'INTERNAMENT JUDICIAL PENAL PER A MENORS INFRACTORS

CONDUCTA AUTOLESIVA, CON O SIN IDEACIÓN SUICIDA, EN CENTROS DE EJECUCIÓN CON MEDIDAS DE INTERNAMIENTO JUDICIAL PENAL PARA MENORES INFRACTORES

SELF-INJURING BEHAVIOUR, WITH OR WITHOUT SUICIDAL IDEATION, IN EXECUTION CENTRES WITH CRIMINAL JUDICIAL CONFINEMENT MEASURES FOR JUVENILE OFFENDERS

MARIA MAGDALENA PICÓ VILLALONGA

Psicòloga col·legiada B-01873

BERNAT M. VIDAL LARA

Psicòleg col·legiat B-03405

Contacte:

Centre Socioeducatiu Es Pinaret

C/ de Francesc Salvà i Pizà, Mallorca, Illes Balears

RESUM

Entre les obligacions que la Llei orgànica 5/2000, de 12 de gener, reguladora de la responsabilitat penal dels menors, atribueix a l'entitat pública responsable dels centres d'internament, es troben la de vetllar per la vida, la integritat física i la salut dels menors i joves internats. Per a complir amb aquest deure, cal arbitrar els procediments i les pautes d'actuació necessàries que permeti detectar el risc de conducta de violència autodirigida dels menors i joves internats; avaluar el risc detectat; i aplicar un programa d'actuacions preventives quan l'avaluació ha estat positiva. Amb aquesta finalitat es va elaborar el programa que té aplicació a tots els centres d'execució de mesures d'internament de justícia juvenil i que és l'objecte d'aquest article.

PARAULES CLAU: suïcidi, autolesió, violència autodirigida, menors, menors infractors, conductes de risc

RESUMEN

Entre las obligaciones que la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, atribuye a la entidad pública responsable de los centros de internamiento, se encuentran la de velar por la vida, la integridad física y la salud de los menores y jóvenes internados. Para cumplir con este deber, cabe arbitrar los procedimientos y las pautas de actuación necesarias que permita detectar el riesgo de conducta de violencia autodirigida de los menores y jóvenes internados; evaluar el riesgo detectado; y aplicar un programa de actuaciones preventivas cuando la evaluación ha sido positiva. Con esta finalidad se elaboró el programa que tiene aplicación a todos los centros de ejecución de medidas de internamiento de justicia juvenil y que es el objeto de este artículo.

PALABRAS CLAVE: *suicidio, autolesión, violencia autodirigida, menores, menores infractores, conductas de riesgo*

ABSTRACT

Among the obligations that Organic Law 5/2000, of 12 January, regulating the criminal liability of minors, attributes to the public entity responsible for the internment centers, are to ensure the life, physical integrity and health of the minors and young people interned. In order to fulfill this duty, the necessary procedures and guidelines of action must be arbitrated to detect the risk of self-directed violence of minors and young boarding school children; evaluate the risk detected and apply a program of preventive actions when the evaluation has been positive. For this purpose, the program that applies to all centers for the execution of juvenile justice detention measures was developed and is the subject of this article.

KEYWORDS: *suicide, self-injury, self-directed violence, minors, offending minors, risky behaviours.*

La conducta suicida es un problema mundial de primer orden. La OMS lo sitúa dentro de la categoría de objetivos nº3 en su agenda 2030: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, en su indicador de calidad del objetivo 3.4: Tasa de mortalidad por suicidio.

Los datos epidemiológicos acompañan la importancia de esta consideración. Cada veinte

segundos se produce una muerte por suicidio en el mundo con una relación entre tentativas – suicidio de 20:1. Con respecto a franja de edad, objetiva dos con importantes picos en la incidencia: adolescencia y primera edad adulta – vejez.

En cuanto a los adolescentes, la conducta suicida es la primera causa de muerte no natural en España, desbancando hace pocos años a

los accidentes de tráfico. De igual modo las autolesiones en adolescentes es un comportamiento muy extendido y de amplio rango llegando a ser la primera estrategia de regulación emocional por detrás del consumo de sustancias.

Por acabar de acotar la temática dentro del foco de la propuesta, es evidenciar el pico de incidencia que tiene la conducta suicida en entornos penitenciarios a diferencia de la población general, 6:1.

Por estos motivos, la conducta suicida es un área de importancia principal en los centros de ejecución de medidas judiciales de la ley Penal de Menores LOPRM 5/2000. Y de igual forma las conductas autolíticas sin ideación o intencionalidad suicida.

Desde la experiencia profesional en el área de psicología de la ejecución penal de menores infractores en centros de internamientos, hemos podido ir trabajando y construyendo conceptos de globalización y armonía buscando un orden en la exposición de términos, modelos y procedimientos que el fenómeno de la violencia autodirigida exige en instituciones de privación de libertad. Desde supuestos teóricos de modelos integradores, valoraciones de riesgos sobre factores estadísticamente significativos y construcción de perfiles de vulnerabilidad, se ha ido creando una nueva percepción de la conducta suicida en adolescentes en los centros de internamiento.

En concreto hemos aglutinado conceptos, terminología y procedimientos dispersos o recogidos en exclusividad de conducta suicida (a través del conocido programa PPS Programa Prevención Suicidios) en una concepción general desde la que comenzar la valoración

del caso e ir acompañándola a través de todo el proceso. Se trata del concepto **VAD** (Violencia AutoDirigida).

La condensación de multitud de posibilidades autolesivas, incluida la conducta suicida y/o su ideación, en el concepto VAD supone un salto de calidad en cuanto al orden y estructura que impone. Procedente de modelos de evaluación y gestión de agresividad en salud mental se acomoda de forma conveniente en modelos integradores de explicación de la realidad criminológica y en modelos etiológicos de la conducta suicida de elevada consideración científica como el modelo Estrés-Diátesis de Mann (1998).

Mediante la integración de la conducta autolesiva, ideación y suicida en un concepto general de VAD conseguimos:

- Trasladar, y por tanto cuidar, las conductas autolesivas al foco de la evaluación y tratamiento tanto como precedentes o factores de riesgo de conducta suicida futura como otorgándole importancia en sí mismas cuando destructivas y generadoras de malestar ideográfico inherente a procesos de adicción. De esta forma el cuidado de la salud general engloba el buen trato y cuidado de la salud mental.
- Situar la conducta autolesiva y la ideación suicida como importancia principal para los profesionales de la salud mental en los centros de internamiento. Con ello conseguiremos mejorar la atención psicológica integral y reducir incidentes relacionados con procesos de manipulación instrumental.

- Construir un único protocolo de evaluación que sepa diferenciar los diferentes tipos de conducta VAD y poder ofrecer un tratamiento específico para el diagnóstico del caso teniendo en consideración el análisis funcional y los factores de riesgo asociados.

A lo largo de este artículo presentaremos la construcción teórica hasta llegar a la concepción del protocolo VAD actual en el CS Es Pinaret.

El programa nace de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, entre las obligaciones que atribuye a la entidad pública responsable de los centros de internamiento, se encuentran la de velar por la vida, la integridad física y la salud de los menores y jóvenes internados (artículo 56.2º).

Los objetivos del presente programa son:

- Detectar situaciones de riesgo de conductas VAD de los menores y jóvenes internados, especialmente si tienen intencionalidad suicida.
- Establecer vías ordenadas para la transmisión de la información y la actuación coordinada de todos los profesionales, cuando se detecten situaciones de riesgo de conductas VAD, sistematizando la documentación y la información sobre los casos detectados para permitir su posterior evaluación.
- Sistematizar las actuaciones que deberán aplicarse en aquellos casos donde detectar riesgo VAD.

- Dotar de una herramienta de seguimiento tanto en los casos atendidos como de los protocolos incluidos en el programa.

De la propia experiencia en centros de justicia juvenil así como de diversas fuentes teóricas y estudios, podemos destacar algunas variables que deben ser tenidas en cuenta, desde una valoración global de las circunstancias que en cada caso concurren para detectar conductas VAD, ya sean estas conductas con una intencionalidad suicida o no suicida (con un objetivo reivindicativo o clara finalidad diferente a la de quitarse la vida).

Cuando hablamos de VAD incluimos el espectro que va desde la presencia a la ideación, la planificación o amenaza, hasta la conducta de VAD. En todos estos casos se debe evaluar si existe finalidad suicida, no suicida o bien, no especificada.

Con respecto a la **evaluación de riesgo**, el objetivo principal es determinar cuál es la probabilidad de ocurrencia de VAD. En la valoración es básico controlar la angustia que provocan los profesionales, para evitar actuaciones erróneas. Es necesario realizar una completa recogida de datos personales, de salud mental, social y familiar. Si se ha producido alguna conducta VAD debemos conocer los detalles del acto y realizar una buena exploración psicopatológica, incidiendo en la valoración del riesgo de la ideación suicida.

El primer objetivo es preservar la **seguridad del menor**. Según el riesgo detectado se requerirán diferentes intervenciones profesionales e institucionales, hasta, si se considera adecuado el traslado al hospital de referencia.

Es importante resaltar que muchas de las conductas VAD pueden ser una medida de presión contra el centro (trabajadores, compañeros...) o contra familiares, esperando una respuesta por parte de estos, sin tener una clara finalidad suicida. Es en este tipo de conductas a las que nos referimos como VAD no suicida. A destacar que, en este tipo de conductas, igualmente requerirán de una estrecha supervisión e intervención en función del riesgo detectado.

Es importante separar las medidas de corrección educativa y disciplinarias adecuadas, diferenciándolas claramente respecto a aquellos menores y jóvenes en los que la conducta VAD tiene intencionalidad suicida. **El riesgo detectado es independiente de la funcionalidad o motivación de la conducta.** Para decidir la intervención se debe recoger la presencia de factores de riesgo y/o protectores presentes en el menor, y en función de estos determinar un nivel de riesgo y decidir las correspondientes actuaciones para llevar a cabo.

A continuación, presentamos el Árbol de actuaciones ante conductas VAD que nos puede ser de utilidad para aclarar los conceptos más importantes y unificar el lenguaje utilizado:

ÁRBOL PRIMITIVO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA			
¿Existe algún indicio que la persona ha realizado o iniciado una conducta violenta autodirigida de forma preparatoria o potencialmente nociva?			
SÍ		NO	
¿Se asoció la conducta con alguna lesión o daño?		¿Existe algún indicio de que la persona tuvo ideas relacionadas con violencia o ideación suicida?	
SÍ	NO	SÍ	NO
ÁRBOL C	ÁRBOL B	ÁRBOL A	FIN

VAD Àrbol derivado decisi3n A (IDEACI3N SUICIDA)			
¿Existen pensamientos o ideaci3n suicida?			
NO	SÍ		
No presenta ideaci3n suicida	¿Existe evidencia de intencionalidad suicida?		
	NO ESPECIFICADO	NO	SÍ
FIN	Ideaci3n Suicida con intencionalidad suicida no especificado	Ideaci3n Suicida sin intencionalidad suicida	Ideaci3n Suicida con intencionalidad suicida

VAD Àrbol derivado decisi3n B (CONDUCTA SIN AUTOLESI3N)					
¿Fue la conducta solo preparatoria?					
NO			SÍ		
¿Conducta interrumpida por uno mismo u otros?			¿Existe evidencia de intencionalidad suicida?		
NO		SÍ	NO ESPECIFICADO	NO	SÍ
¿Existe evidencia de intencionalidad suicida?		¿Existe evidencia de intencionalidad suicida?	VAD NO ESP. PREPARATORIA	VAD NO SUICIDA PREPARATORIA	INTENTO SUICIDA PREPARATORIO
NO ESPECIFICADO	NO	SÍ	NO ESPECIFICADO	NO	SÍ
VAD NO ESPECIFICADA SIN DAÑO	VAD NO SUICIDA SIN DAÑO	INTENTO SUICIDA SIN DAÑO	VAD NO ESPECIFICADA SIN DAÑO INTERRUPTIDO	VAD NO SUICIDA SIN DAÑO INTERRUPTIDA	INTENTO SUICIDA SIN DAÑO INTERRUPTIDO

VAD Àrbol derivado decisi3n C (CONDUCTA CON AUTOLESI3N)								
¿Fue la autolesi3n fatal?								
NO						SÍ		
¿Fue la conducta interrumpida por uno mismo y/o otros?						¿Existe evidencia de intencionalidad suicida?		
NO			SÍ			No especificada	NO	SÍ
¿Existe evidencia de intencionalidad suicida?			¿Existe evidencia de intencionalidad suicida?			VAD NO FATAL	VAD NO SUICIDA FATAL	SUICIDIO
No especificada	NO	SÍ	No especificada	NO	SÍ			
VAD NO ESPECIFICADA SIN DAÑO	VAD NO SUICIDA SIN DAÑO	INTENTO SUICIDA CON DAÑO	VAD NO ESPECIFICADA CON DAÑO INTERRUMPIDA	VAD NO SUICIDA CON DAÑO INTERRUMPIDA	INTENTO SUICIDA CON DAÑO INTERRUMPIDA			

Los factores que se deben tener en cuenta para evaluar el grado de riesgo de VAD que presentan los menores, está dividido en cuatro bloques, como son: factores críticos, factores riesgo del área personal/individual, factores de riesgo del área sociofamiliar y factores de protecci3n o de compensaci3n positiva.

A continuaci3n detallamos los factores específicos de cada bloque:

A) Factores Críticos de especial consideraci3n en la evaluaci3n:

- Presencia de elevada sintomatología depresiva.
- Presencia de acto VAD suicida previo. Presencia de ideaci3n de muerte y/o intencionalidad/Presencia de planificaci3n del acto VAD. Los tres supuestos sin crítica y/o sin intencionalidad decreciente; los tres supuestos sin crítica y/o sin intensidad decreciente.

B) Factores de Riesgo del área personal/individual:

- Impulsividad media o alta en la actualidad.
- Presencia de desesperanza.
- Síntomas (físicos/ psíquicos) de abstinencia de sustancias.
- Insomnio o mala calidad subjetiva del sueño.
- Déficit significativo de adaptación a hecho estresante (individual, jurídico o sociofamiliar) como:

a) Hechos vitales graves:

Conductas autolíticas muy graves del menor/joven.

Muerte o enfermedad grave de los padres, pareja u otras personas significativas para el menor. (Se debe tener en cuenta si la muerte ha sido por suicidio).

Ruptura de la relación afectiva de los padres o conflicto familiar grave.

Ruptura de la relación afectiva con la pareja.

Abandono del menor por parte de su familia durante el internamiento.

Conocimiento del sufrimiento de enfermedad grave.

Notificación de una resolución judicial muy desfavorable o conocimiento de la decisión de repatriación o expulsión del país.

b) Factores de riesgo contextuales:

Cambio o traslado de centro.

Desinternamiento de un compañero significativo.

Intento grave de suicidio o suicidio consumado de otro interno al centro.

La separación del grupo como sanción o mecanismo de especial contención.

Sufrir una situación de presión grupal.

C) Factores de Riesgo del área socio-familiar:

1. Red de apoyo social deficitario/Aislamiento social:

2. Historia familiar o en personas cercanas de suicidios o intentos finalistas (hasta familiares de 2º grado).

D) Factores protectores o de compensación positiva presentes en el menor:

- Habilidades de resolución de conflictos.
- Flexibilidad cognitiva o facilidad para el pensamiento crítico.
- Creencias religiosas ajustadas.
- Adaptación cultural.
- Adherencia a tratamiento actual o pasado.
- Habilidades sociales.
- Tener vínculos afectivos positivos.

Los diferentes grados de riesgo derivan de las diferentes combinaciones de los FR (factores de riesgo) y FP (factores de protección).

En función de los FR y los FP detectados en cada caso, podemos hablar de los diferentes

grados de riesgo que, más adelante, derivarán en diferentes protocolos de aplicación y diferentes medidas de intervención a aplicar en cada uno de ellos.

En la siguiente tabla los encontramos numerados:

GRADO BAJO
• + Entre 0 y 2 factores de riesgo entre Individuales y Sociofamiliares
• + No se objetiva la planificación o ideación actual
• + Presencia de factores de protección
• + Valoración técnica
GRADO MEDIO
• + Entre 3 y 4 factores de riesgo entre individuales y sociofamiliares
• + Ausencia de factores protectores
• + En caso de existir sospechas de planificación, esta es dudosa, leve o de difícil acceso
GRADO ALTO
• A partir de 1 factor crítico + ausencia de factores de protección
• 4 o + factores de riesgo + ausencia de factores de protección
• Valoración técnica (psicólogo/psiquiatra)

BIBLIOGRAFÍA

Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A.,... Maria Haro, J. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), 494-500 <https://doi.org/10.1157/13111370>

Giner, L., & Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002>

GPC (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS. Ministerio de Sanidad. Avalia-t; 2020. Guías de Práctica Clínica en el SNS

Marta de la Torre Martí (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el centro de psicología aplicada (CPA) universidad autónoma de madrid (UAM).

Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1

Reijas, T., Ferrer, E., González, A., & Iglesias, F. (2013). Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(5), 279–286. Retrieved from <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/15/85/ESP/15-85-ESP-279-286-816367.pdf>

Sáiz, P. A., Rodríguez-Revuelta, J., González-Blanco, L., Burón, P., Al-Halabí, S., Garrido, M.,... Bobes, J. (2014). Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.001>

Vian chà, M.A., Bahamón, M.L., & alarcón, L.L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológica*, 8 (1), 112–113.

INTERVENCIONS ASSISTIDES AMB CAVALLS: UNA MIRADA DES DE LA PSICOLOGIA

INTERVENCIONES ASISTIDAS CON CABALLOS: UNA MIRADA DESDE LA PSICOLOGÍA

HORSE-ASSISTED INTERVENTIONS: A LOOK FROM PSYCHOLOGY

MARTA SÁEZ PÉREZ

Psicóloga colegiada B-03605

Psicóloga experta en terapias asistidas con animales

Contacto:

Fundació S'Hort Vell

RESUM

Les intervencions assistides amb cavalls són una forma de teràpia que utilitza la interacció amb cavalls per a promoure la salut mental i el benestar. Aquest article examina els fonaments teòrics i empírics de les intervencions assistides amb animals (IAA) des d'una perspectiva psicològica, emfatitzant la importància del vincle que es produeix entre l'ésser humà i els cavalls.

PARAULES CLAU: intervencions assistides amb animals (IAA), teràpia assistida amb cavalls, vincle humà-animal

RESUMEN

Las intervenciones asistidas con caballos son una forma de terapia que utiliza la interacción con caballos para promover la salud mental y el bienestar. Este artículo examina los fundamentos teóricos y empíricos de las intervenciones asistidas con animales (IAA) desde una perspectiva psicológica, enfatizando la importancia del vínculo que se produce entre el ser humano y los caballos.

PALABRAS CLAVE: intervenciones asistidas con animales (IAA), terapia asistida con caballos, vínculo humano-animal

ABSTRACT

Horse-assisted interventions are a form of therapy that uses interaction with horses to promote mental health and well-being. This article examines the theoretical and empirical foundations of animal-assisted interventions (AIA) from a psychological perspective, emphasising the importance of the bond that occurs between humans and horses.

KEYWORDS: *animal-assisted interventions (AIA), horse-assisted therapy, human-animal bond*

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones asistidas con caballos han aumentado su reconocimiento como una modalidad terapéutica complementaria en la última década. La relación humano-animal, particularmente con los caballos, ofrece una vía única para abordar diversas problemáticas psicológicas. Este artículo tiene como objetivo divulgar la efectividad de las intervenciones asistidas con animales (IAA) desde el punto de vista de la psicología.

Para ello, es necesario clasificar los diferentes tipos de intervención y definir criterios de actuación, protocolos y directrices. En este sentido, la Asociación Internacional de Organizaciones de Interacciones Humano Animal (IAHAIO) es la asociación global de organizaciones líder en este campo que ha velado por el tratamiento respetuoso y responsable tanto de los humanos como de los animales durante las interacciones con animales.

Así, *“la Terapia Asistida con Animales (TAA) es una intervención asistida con animales en la que de manera intencional se incorpora un animal como parte integral del proceso de tratamiento (terapia), con el objetivo directo de promover la mejoría en las funciones físicas, psicosociales y/o cognitivas de las personas*

tratadas. Hay objetivos terapéuticos claramente definidos y medidas de cambio, y está dirigida por un profesional de la salud (IAHAIO, 2013)”.

Esta organización ha sistematizado los diferentes tipos de intervenciones con animales, así como las bases para el bienestar humano-animal en las IAA en un documento denominado “White Paper”. En su revisión en 2018, clasifica las IAA en cuatro grupos: Terapia Asistida con Animales (TAA), la Educación Asistida con Animales (EAA), Actividades Asistidas con Animales (AAA) y Coaching Asistido con Animales. La diferencia crucial entre conceptos radica en la figura de quién implementa estas intervenciones, en su formación, y en los objetivos de las intervenciones. De este modo, es necesaria la intervención de un profesional de la salud, en el caso de la Terapia Asistida con Animales (TAA), y no así en los casos de Actividades, Educación o Coaching asistido con animales, tanto si se trata de procesos individuales como grupales.

Cabe señalar que estos esfuerzos por teorizar las IAA son necesarios ya que el profesional de la psicología ha de poder definir objetivos terapéuticos, desarrollar programas y promover la definición de protocolos a diferentes grupos de población, teniendo claro su ámbito

de intervenció, a fin de poder hacer extensiva y replicable la práctica profesional y legitimar la Terapia Asistida con Animales (TAA) en contextos y con grupos de población definidos.

Hallberg (2017) aborda la clasificación de las intervenciones asistidas con animales (IAA) en la práctica clínica, destacando la importancia de establecer estándares para la mejora de la calidad y la eficacia de las intervenciones, así como para facilitar la investigación y la práctica profesional en este campo. De forma resumida, define la Terapia Asistida con Anima-

les (TAA) como intervenciones estructuradas facilitadas por profesionales de la salud, con objetivos específicos de tratamiento para los pacientes; la Educación Asistida con Animales implica el uso de animales en entornos educativos para promover el aprendizaje y el desarrollo personal, generalmente facilitado por educadores; y las Actividades Asistidas con Animales como interacciones más informales y recreativas entre humanos y animales que no tienen objetivos terapéuticos específicos, pero que aun así pueden ofrecer beneficios emocionales y sociales.

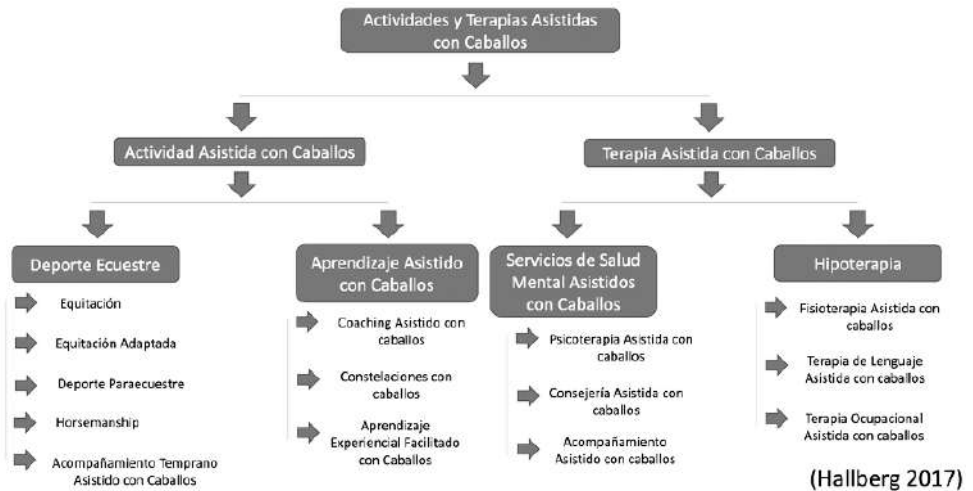


Figura 1. Diferencia entre Actividades y Terapias Asistidas con Caballos. (Hallberg, 2017)

Analizando el grado de profesionalización e incidencia en investigación de este tipo de intervenciones en España, un estudio bibliográfico con los buscadores Punto Q y WoS (Web of Science) acerca de la terminología utilizada en IAA con criterio de exclusión a los artículos escritos con anterioridad a 2012, se reseña un aumento de estudios en los años 2015 y 2016 y una predominancia del uso del

término Terapia Asistida con Animales (TAA). Este estudio recabó un total de 237 artículos, de los cuales 167 utilizaron la terminología de terapia asistida con animales (TAA), 38 utilizaron el término intervención asistida con animales (IAA), 26 usaron el término actividad asistida con animales (AAA) y 3, educación asistida con animales (EAA). Este estudio también hace una diferenciación por idioma,

siendo la mayor parte de la bibliografía encontrada escrita en lengua inglesa.

En el contexto de las Islas Baleares, de 2016 a la actualidad, se encuentran 27 estudios de fin de grado acerca de las IAA en el repositorio de la Universidad de las Islas Baleares (UIB). Se trata de trabajos de fin de grado (TFG) correspondientes a las carreras de Psicología, Enfermería, Educación Social y Fisioterapia. De los 26 trabajos encontrados, 15 utilizan la terminología de Terapia Asistida con Animales (TAA). Estos estudios abordan la TAA aplicada a diferentes poblaciones, a seguir, diversidad funcional, parálisis cerebral, estrés postraumático, adolescentes vulnerables, veteranos de guerra, síndrome Rett, pacientes oncológicos, esclerosis múltiple, mujeres víctimas de violencia de género, manejo del dolor, Alzheimer, trastornos emocionales, personas mayores con demencia y, en su mayoría, niños con espectro del autismo (11 trabajos). Esto nos indica los múltiples beneficios del caballo en la terapia y todo el potencial de desarrollo de estas intervenciones para el bienestar de las personas. Si bien, es necesario seguir investigando para que se normalice la práctica clínica con caballos en los colectivos arriba reseñados y hacerla extensible a otros.

ORIGEN

Hay dos puntos que nos interesan desde el punto de vista de la psicología. Por una parte, reflexionar acerca de la evolución del vínculo entre el ser humano y los caballos hasta el día en que éste se considera una de las razones principales del éxito en las intervenciones asistidas con animales (IAA) y, por otro lado, el momento en que estas intervenciones toman la propia denominación y campo de las terapias asistidas con animales (TAA).

En relación al primer punto, inicialmente, el rol del caballo en la vida de los seres humanos respondía básicamente a la satisfacción de sus necesidades. Este enfoque antropocéntrico se mantendrá desde los primeros registros de interacción, en los años 3000/5000 AC, hasta casi los inicios de este siglo. Así, el caballo ha constituido alimento para las personas, herramienta para la agricultura o para la cacería, vehículo y medio para llevar a cabo conquistas territoriales en entornos bélicos. Ahora bien, la evolución de la inteligencia humana permitió pasar de esta inicial relación objetual, en la que el hombre doma a otra criatura para que esta actúe a su servicio, a la construcción de creencias entorno al animal y su expansión en el ámbito cultural. Por lo que la relación con el caballo se convirtió en espiritual, objeto de admiración, como un ser venerado de culto, un ser de fantasía o un ser esperanzador. Así, el caballo entró a formar parte de la psique colectiva de la humanidad y a formar parte del desarrollo cultural de nuestra especie, apareciendo en la mitología, el arte y la simbología. Girola (2020) dice, en su artículo sobre imaginarios y representaciones sociales, que el ser humano proyecta estereotipos, rasgos de personalidad, defectos y virtudes humanas en los animales.

Así, en la cultura actual, se unifican el desarrollo cultural, la expansión regional y el desarrollo como especie, posicionando al caballo como un ser que promueve el desarrollo integral del ser humano, bien desde el ámbito deportivo, dándose una relación de equipo, o bien desde el ámbito de la rehabilitación, basada en el autoconocimiento y la relación consigo mismo. Llegado a este punto, se empieza a estudiar el vínculo humano-animal en términos de beneficios para las personas desde el punto de vista de la psicología.

Con relación a la segunda alusión, existe bastante consenso de que, la Terapia Asistida con Animales (TAA) surge conceptualmente a partir del libro “Psicoterapia infantil asistida con animales” de Levinson (1969). Su trabajo fue pionero en el campo de la TAA, proponiendo que los animales pueden actuar de catalizadores en el proceso terapéutico y abordando los beneficios de la interacción con animales en el tratamiento psicoterapéutico de niños. A partir de aquí, estudios e investigaciones comenzaron a reproducirse a la vez que se daba la creación de organizaciones especializadas en intervención asistida con animales (IAA).

Así, de la mano de varios médicos, psiquiatras y veterinarios, en 1977 se crea la Delta Foundation en Portland, Estados Unidos, que a su vez fue la semilla de la Delta Society (actual Pet Partners) creada en 1981, y pionera a nivel mundial en el desarrollo de investigaciones y protocolos de trabajo en IAA. Todo ello vino a dar un marco de referencia y soporte científico a las experiencias que se venían desarrollando hasta el momento. (Friedman et al., 1980; Katcher et al., 1983).

La International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO) fue fundada en 1990 por la Delta Society y otras organizaciones de Europa y Australia, en la que se integrarán más adelante la Fundación Affinity y el Centre de Teràpies Assistides amb Cans (CTAC), ambas de España. Y continúan apareciendo organizaciones que vienen a respaldar a los profesionales y a los estudios en este campo: la European Society for Animal Assisted Therapy (ESAAT) se crea en Viena en 2004, la International Society for Animal Assisted Therapy se crea en Zúrich en el 2006 y la Animal Assisted Intervention International

(AAIL) se constituye en los Países Bajos en 2013.

En España, comienzan a aparecer organizaciones en los años 90 especializadas en las IAA, específicamente con caballos. Una de las primeras organizaciones fue la Fundación Manantial, creada en 1995, que ofrece programas de intervención asistida con caballos para personas con problemas de salud mental. En 1996 nace la Asociación Española de Equinoterapia (AEE), con el objetivo de promover la investigación y difusión de buenas prácticas en las intervenciones asistidas con caballos. La Fundación Caballo Amigo, fundada en 1998 por un grupo de profesionales de diferentes áreas del deporte y la medicina, y que viene trabajando las Actividades Ecuestres en España a favor de las personas con discapacidad. En 2007 se constituye la Fundación MHG, con la finalidad de integrar social y laboralmente a personas con alguna discapacidad a través de las terapias ecuestres y el ocio con caballos. Posteriormente, en el año 2014, se crea la Federación Española de Terapias Ecuestres (FETE), quienes se dedican a regular las terapias ecuestres en España, trabajando en la creación de estándares para garantizar la calidad de las terapias y el reconocimiento legal de esta práctica.

Por lo que, a partir de 2010, siguen creciendo y proliferando las organizaciones que ofrecen IAA, dándose procesos de innovación y diversificación de sus servicios. Actualmente, también existen organizaciones, asociaciones y fundaciones que pueden haber iniciado sus programas de intervenciones asistidas con caballos después de su creación oficial, contando ya con el reconocimiento y consolidación de las IAA en nuestro país.

En nuestro contexto geográfico concreto, las Islas Baleares, la Fundació S'Hort Vell se constituye como referente, contando con más de 25 años de trabajo en IAA con el objetivo de impulsar, crear, fomentar, investigar y gestionar proyectos educativos y terapéuticos asistidos con caballos y perros, todo ello desde el respeto a los animales y al entorno natural. La Fundación ha venido ofreciendo formación especializada reglada y no reglada para profesionales. En el curso 2014/15 se inició el postgrado de Especialista Universitario en Intervenciones Asistidas con Animales, título propio de la Universidad de las Islas Baleares (UIB), que facilita la profesionalización de psicólogos en el ámbito de la terapia asistida con animales (TAA). Esto ha promovido así un auge en la elaboración de estudios de investigación en beneficio último de la población y sus necesidades.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Los principios básicos de la terapia asistida con caballos también han seguido una evolución, siendo los beneficios físicos del caballo lo más palpable y primeramente teorizado. Estos constituyen la perspectiva fármaco-biomédica y son los siguientes: la transmisión de calor corporal, la transmisión de impulsos rítmicos del lomo del caballo al cuerpo del jinete y el movimiento tridimensional del caballo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este abordaje no toma al individuo en su integralidad ni toma al caballo como un ser relacional, dejando de lado los beneficios de la interacción en sí misma.

Esto ha quedado patente cuando crearon una máquina en Dinamarca, la Hirob Therapy, que reproduce el calor corporal y tiene el ritmo programado y el movimiento tridimensional

del caballo integrado. Desde este abordaje, no se necesitaría el propio animal para gozar de sus beneficios.

Sin embargo, desde el punto de vista de la psicología, es normal preguntarse qué hace efectiva la interacción entre personas y equinos o cómo sabe el caballo responder a situaciones y colectivos neurodiversos. Por ello, es necesario indagar en la conexión entre los humanos y los caballos y cómo esta se convierte en terapéutica y clave del éxito en una intervención asistida con animales. En este sentido, hay varios factores involucrados:

Empatía animal. Los caballos son animales que perciben las emociones humanas a través de señales visuales y auditivas, como las expresiones faciales o el tono de voz. Son capaces de experimentar emociones básicas como el miedo, la alegría, la tristeza o la ira, lo cual transmiten mediante lenguaje corporal, es decir, a través de la voz o de la posición de sus orejas, de la cola o de los ojos. Esto es fundamental para garantizar su bienestar y supervivencia. Su cerebro tiene una estructura similar a la de los humanos, aunque más pequeño en tamaño. Janet L. Jones, en su libro "Cerebro humano, cerebro equino" (2020), dice que el cerebro de un caballo contiene menos neuronas que el humano, sin embargo, lo más sorprendente del cerebro de un caballo es el desarrollo del sistema límbico, compuesto por la amígdala, el hipocampo y el hipotálamo, que hace que este pueda evaluar las amenazas, reaccionar a peligros y generar respuestas emocionales. También tiene memoria espacial, lo que le permite memorizar rutas, y la capacidad de recordar experiencias emocionales. Todo ello, le constituye como un ser empático que puede comportarse de espejo de lo que las personas sienten en su

interior. Esta capacidad de los caballos facilita el acompañamiento emocional de pacientes a la vez que posibilita el establecimiento de un sólido vínculo terapéutico.

Comunicación no verbal. La interacción con los caballos se basa en gran medida en la comunicación no verbal, a través de gestos y posturas, lo que fomenta la atención plena y la conciencia del lenguaje corporal.

Ejercicio físico. Las intervenciones asistidas con caballos pueden implicar ejercicio físico, lo que tiene beneficios para la salud física y mental de las personas. La conexión con los caballos también se crea a partir del cuidado, limpieza o el pasar tiempo juntos. El contacto con los caballos y un entorno natural también pueden reducir el estrés o altos niveles de ansiedad, promoviendo estados de relajación.

Confianza y autenticidad. Trabajar con caballos requiere confianza y autenticidad por parte de los humanos. Por decir que, una persona puede engañar a otra persona o a sí misma, pero no a un caballo. Estos ven al ser humano en su integralidad, y también le ayudan a volver a esta condición en caso de que la persona esté atravesando momentos de confusión o caos interno. Este proceso de armonía interna se manifiesta físicamente en coherencia cardíaca y ha sido estudiado por el Instituto HeartMath. La coherencia cardíaca es un estado fisiológico de equilibrio entre la mente y el corazón y puede ser inducido a través de la presencia de los caballos. El corazón es un órgano con un sistema eléctrico que emana un campo electromagnético. El corazón de un caballo posee un campo electromagnético muy grande y esto puede influir en su entorno, incluidos los humanos que estén

cerca de ellos, dotando de un efecto calmante y regulador de las personas.

El vínculo que se establece entre un equino y una persona, en el contexto de las intervenciones asistidas con caballos, constituye una relación de respeto mutuo y confianza, lo que también es terapéutico en sí mismo y ayuda a las personas a desarrollar habilidades interpersonales.

Por lo que la conexión entre humanos y caballos es importante para que una intervención sea terapéutica, debido en gran medida a la capacidad de los caballos para establecer relaciones emocionales y ser espejo del mundo emocional de las personas, la comunicación no verbal, los beneficios del ejercicio físico, el fomento de la confianza, la autenticidad y la coherencia interna, y el potencial de aprendizaje y desarrollo de habilidades interpersonales que esta interacción proporciona.

Esta relación ha sido objeto de estudio en diversas disciplinas. Desde la psicología, se ha propuesto que los animales pueden actuar como catalizadores para la terapia, facilitando la comunicación, reduciendo el estrés y promoviendo el bienestar emocional. Los caballos, como se ha dicho antes, son animales sociales que responden a las señales emocionales humanas, lo que los hace idóneos para las intervenciones terapéuticas. Existen teorías que vienen a reforzar estas premisas:

Teoría del apego. La teoría del apego de Bowlby (1969) puede aplicarse a las IAA, sugiriendo que la interacción con caballos puede fomentar el desarrollo de un vínculo seguro, proporcionando una sensación de seguridad y apoyo emocional. Este vínculo puede ser especialmente beneficioso para personas con

problemas emocionales, trastornos del apego o para aquellas que hayan sufrido algún tipo de trauma.

Teoría del aprendizaje. Las principales teorías del aprendizaje estudiadas en caballos han sido la cognitivista y la conductista. Esta última se ha utilizado para ejercicios de doma, adiestramiento o modificación de conducta, empleando técnicas de condicionamiento clásico y operante y aprendiendo por asociación con refuerzo positivo o negativo.

Desde el punto de vista cognitivista, es importante conocer la propia etología del caballo, su manera natural de percibir y responder a sus necesidades. Los caballos aprenden por asociación, observación, consecuencia, emoción, resolución de problemas y pruebas. La asociación de los términos etología y cognición bajo el vocablo "etología cognitiva" define un acercamiento integrativo donde se trata de comprender como, a partir de estados mentales y de sus representaciones, un individuo elabora sus conductas. (Griffin, 1976).

Teoría de Polivagal. La Teoría de Polivagal, desarrollada por el neurocientífico Stephen W. Porges, se enmarca en la psicobiología y es relevante en los campos de la neuropsicología y psicología clínica. Esta teoría se centra en cómo el sistema nervioso autónomo, y en particular el nervio vago, influye en la generación de respuestas emocionales y comportamentales. (Porges, 2009).

La neurobiología de la relación caballo-humano es entre un mamífero con los ojos a los lados, de presa, con un mamífero con los ojos en la parte delantera, de depredador. La seguridad y la confianza son fundamentales para que la relación sea positiva.

Para que un caballo aprenda es importante la consistencia y la repetición, poner atención y ser empático con sus manifestaciones, conociendo la mente equina para establecer una conexión profunda. Sobre estos principios se basan la doma racional y las técnicas utilizadas por los susurradores de caballos. Y, por otro lado, Hallberg (2017) o Burgon (2011) hacen alusión a cómo la interacción con los caballos puede influir en el sistema nervioso autónomo de las personas, activando mecanismos de regulación emocional y sensación de bienestar.

Teoría de la intersubjetividad. La teoría de la intersubjetividad es una metateoría del psicoanálisis que viene a describir y a analizar cómo las personas crean y comparten significados, entendimientos y experiencias a través de la interacción social. Normalmente se ha aplicado al estudio de la relación entre los padres, principalmente las madres y sus bebés, o a los cuidadores de primates y sus relaciones. Esta teoría enfoca las relaciones que estudia desde el contexto en el que se producen y Lundgren (2019) la ha aplicado al estudio de la interacción caballo-humano en la terapia asistida con caballos (TAA).

Para poder aplicar este enfoque, es necesario considerar que el ser humano y los caballos tienen más aspectos y rasgos emocionales y sociales en común que diferencias, a seguir, el caballo es un sujeto y no un objeto, ambos seres son sociales, aprendemos a través del otro, el establecimiento de relaciones es algo importante y el caballo aprende por imitación o procesos atencionales o de interpretación de una intención. La intersubjetividad es la base de cómo la comunicación se origina, se desarrolla y tiene lugar, siendo también el propio escenario en el que se crea y donde

se comparten experiencias. Esto promueve la empatía, ya que todo el proceso puede tener lugar siempre y cuando haya un reconocimiento de la existencia del otro. De este modo, la intersubjetividad sería aplicable a las relaciones entre un bebe y su madre, o entre los humanos y los caballos, por cuando el lenguaje no verbal prima y se dan en un contexto de aprendizaje a nivel emocional y social que influirá en posteriores relaciones. Así, la intersubjetividad se refiere al proceso mediante el cual los humanos y los caballos establecen una comunicación y una conexión emocional.

CONCLUSIONES

Las intervenciones asistidas con caballos son una modalidad terapéutica complementaria afianzada en España, con evidencia empírica de su efectividad, y cuyo éxito radica en el vínculo humano-animal y en la profesionalización de las personas que lo implementan. El caballo es un animal social, inteligente y sensible, con el que existe un vínculo ancestral. Este ha sido esencial en la evolución de la civilización humana y, ahora, es un motor

para el desarrollo integral del ser humano, constituyéndose como un aliado para la salud física, mental y socioemocional de las personas. La conexión humana-animal tiene raíces culturales y sociales, y se basa en la empatía, la comunicación no verbal, la confianza, la autenticidad y el respeto.

Desde la última década, existe una mejora en la definición de las IAA y de su campo de actuación, lo que ha permitido profundizar en sus beneficios y efectos terapéuticos, así como en la creación de programas de intervención especializados para diferentes colectivos. Desde la psicología, diferentes teorías fundamentan tales beneficios y efectos terapéuticos. Todo ello ha desembocado en la proliferación y especialización de organizaciones que ofrecen servicios a la población. Queda abierto el campo de investigación a nuevos colectivos, así como continuar el trabajo con los colectivos tradicionalmente usuarios de la terapia asistida con caballos (TAA), a fin de que sea una modalidad terapéutica conocida y accesible a la población.

REFERENCIAS

- Bass, M. M., Duchowny, C. A., & Llabre, M. M. (2009). The effect of therapeutic horseback riding on social functioning in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39 (9), 1261-1267.
- Bowers, M. J., & MacDonald, P. M. (2001). The effectiveness of equine-facilitated psychotherapy with at-risk adolescents. *Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 5 (1), 22-26.
- Benvenuti, G. (1760). *Riflessioni Sopra gli effetti del moto a cavallo*. Manuscrito dirigido a la Signora Contessa Malia Mniszech.
- Burton, H. L. (2011). "Queen of the world": experiences of 'at-risk' young people participating in equine – assisted learning/therapy', *Journal of Social Work Practice*, 25: 2, 165 — 183.

Cañadas, C. (2018). *Equinoterapia, Terapias Asistidas con caballos*. Editorial Paidotribo.

Fine, A. H. (2019). *Handbook on Animal – Assisted Therapy: Foundations and Guidelines for Animal – Assisted Interventions*. 5th ed. Academic Press.

Girola, L.G. (2020). Imaginarios y representaciones sociales: reflexiones conceptuales y una aproximación a los imaginarios contrapuestos. *Revista Investigación Psicología*. Universidad Autónoma Metropolitana.

Gutiérrez, G. et al. (2007) Interacciones humano- animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. *Revista Colombiana de Psicología* 16. ISSN 0121-5469 Bogotá, Colombia, pp. 163-184.

Hallberg, L. (2017). *The Clinical Practice of Equine – Assisted Therapy: Including Horses in Human healthcare*, pp. 30 – 44.

Jegatheesan, B. et al. (2018). *IAHAIO White Paper*.

Jones, J.L. (2020). *Cerebro equino, cerebro humano. La neurociencia de la equitación*. Ediciones Tutor. (pp. 26-40, 260- 273).

Lundgren, K.F. L (2019). What Science Says About Equine- Human Interaction in Equine – Assisted Therapy: An Outline to a Theoretical Framework. Capítulo 2. *Equine- Assisted Mental Health Interventions, Harnessing Solutions to Common Problems*. (pp. 19- 25).

Martos, R. et al. (2015). Intervención asistida con animales (IAA): Análisis de la situación en España. *Escritos de Psicología*, Vol. 8, no 3, pp. 1-10.

Meléndez, L.M. (2014). El vínculo humano-animal y sus implicaciones para la Psicología en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, vol.25, num.2, julio- diciembre 2014, pp. 160-182.

Morey, F. (2014) Intervención Terapéutica con Caballos Visión desde la Psicología. Av. Psicología.22 (1). *Revista Unife de Educación*.

Olsen, S.L. (2006) Horses and Humans: *The Evolution of Human – Equine Relationships*. BAR International Series.

Orange, D. et al. (1997). La teoría psicoanalítica de la intersubjetividad y el intercambio clínico. Capítulo 1. *Intersubjektivitat in der Psychoanalyse: Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*, (pp. 11- 31).

Porges, S. W. (2009). The Polyvagal Theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleve Clin J Med*. 76(Suppl 2): S86–S90.

Redfield Griffin, D. (1976). *The Question of Animal Awareness: Evolutionary Continuity of Mental Experience*. New York, Rockefeller University Press. viii + 135 (ISBN 0-87470-020-5).

Rodríguez de Armas, MM. et al. (2017 – 2018). *Intervenciones Asistidas con Animales: Revisión Bibliográfica*. Trabajo Fin de Grado de Psicología, Universidad de La Laguna.

Wood, W. et al. (2020). Optimal Terminology for Services in the United States that incorporate horses to benefit people: a consensus document. *The journal of alternative and complementary medicine*. Volume 00, Number 00, pp. 1-8.

ARTTERÀPIA, CREATIVITAT I TRASTORN BIPOLAR

ARTETERAPIA, CREATIVIDAD Y TRASTORNO BIPOLAR

ART THERAPY, CREATIVITY AND BIPOLAR DISORDER

PILAR ASCASO PALACÍN

Psicóloga colegiada B-00304

Psicóloga clínica, psicoterapeuta EFPA, arteterapeuta

Consulta privada de psicología clínica y servicio de rehabilitación neuropsicológica del trastorno bipolar

Contacto:

pilar.asc@gmail.com

www.pilarascaso.com

www.rehabilitaciontrastornobipolar.es

RAIMON BRINES BALLESTER

Médico experto en trastorno bipolar

Contacto:

C/ Caro, 1, 1er-I, 07013-Palma, Mallorca

psicologiapalmademallorca@gmail.com

RESUM

Partint d'una mirada a la relació entre l'art, la creativitat i el trastorn bipolar, ens endinsarem dins l'àmbit d'un taller d'artteràpia amb persones afectades de trastorn bipolar enfocat des d'una perspectiva holística que permeti explorar damunt l'autoimatge i les seves fortaleeses, més enllà de les creences interioritzades i mediatitzades per la visió de sofrir bipolaritat.

PARAULES CLAU: trastorn bipolar, artteràpia, creativitat, fortaleeses

RESUMEN

Partiendo de una mirada a la relación entre el arte, la creatividad y el trastorno bipolar, entraremos en el ámbito de un taller de arteterapia con personas afectadas de trastorno bipolar enfocado desde una perspectiva holística que permita explorar sobre la autoimagen y sus fortalezas, más allá de las creencias interiorizadas y mediatizadas por la visión de padecer bipolaridad.

PALABRAS CLAVE: trastorno bipolar, arteterapia, creatividad, fortalezas

ABSTRACT

Starting from a look at the relationship between art, creativity and bipolar disorder, we will enter the field of an art therapy workshop with people affected by bipolar disorder focused from a holistic perspective that allows exploring self-image and its strengths, beyond internalised beliefs and mediated by the vision of suffering from bipolarity.

KEYWORDS: *bipolar disorder, art therapy, creativity, strengths*

INTRODUCCIÓN

Coincidiendo con la puesta en marcha en nuestra consulta de psicología clínica de un servicio especializado en rehabilitación neuropsicológica del trastorno bipolar en 2014, nuestra relación con la Asociación Bipolar de Mallorca (ABM) fue creciendo y desde entonces hemos implementado diversas actividades en el ámbito de dicha entidad, siendo una de ellas la realización del taller de arteterapia que se expone en este artículo.

Para describir este taller haremos un repaso teórico, a modo de contextualización, donde revisaremos brevemente qué es el trastorno bipolar, entraremos en el campo del arte asociado a la enfermedad mental, incidiendo en la relación entre creatividad y trastorno bipolar, y finalmente nos centraremos en el desarrollo del taller de arteterapia y sus reflexiones finales.

¿QUÉ ES EL TRASTORNO BIPOLAR?

Si algún problema de salud mental merece ser llamado *la enfermedad de las emociones*, ése es el trastorno bipolar. Hablamos de un trastorno crónico y recurrente que cursa por episodios en los que se producen oscilaciones importantes del estado de ánimo, dando

lugar a estados depresivos o de tipo eufórico patológico –la manía o hipomanía–, muy acusados, si bien estas oscilaciones pueden tener diferentes intensidades, según cada persona y cada episodio. Quienes lo sufren muestran cambios de humor y energía muy llamativos e incapacitantes, afectando a los pensamientos, los sentimientos y al funcionamiento general de la persona, y produciéndole un gran sufrimiento a sí misma y a las personas que la rodean. No obstante, aun siendo un trastorno grave, permite un contacto empático y una relación terapeuta-paciente más rica que otros trastornos de gravedad similar.

Según los estudios científicos, el ámbito de las causas es esencialmente biológico y genético en su origen. Sin embargo, los desencadenantes suelen ser factores psicológicos, como el estrés, acontecimientos vitales negativos o determinados problemas de carácter que pueden provocar un episodio maníaco o depresivo en una persona que sea vulnerable a la enfermedad por su condicionante biológico. Por tanto, el desencadenante es multifactorial. Una suma de factores genéticos (actualmente se han identificado más de 60 genes relacionados con este trastorno) y ambientales, no suficientemente aclarados hasta ahora. No obstante, diversas técnicas psicológicas se han mostrado eficaces en el

tratamiento del trastorno bipolar en los estudios controlados (Reinares et al., 2021).

Con tratamiento médico y psicológico se puede conseguir estabilizar la enfermedad, de manera que sea posible llevar una vida normal durante prolongados períodos de tiempo. Sin embargo, es común que entre episodios aparezca sintomatología menor o subclínica, en forma de ansiedad, dificultades de concentración, labilidad emocional, etc. Por ello, dependiendo de cada momento del trastorno, los cuidados que necesita la persona son permanentes y hacen necesario un esfuerzo terapéutico múltiple que integre farmacoterapia con psicoeducación y tratamiento psicológico. En este sentido, la APA -American Psychological Association-, subraya el papel fundamental que juega el psicólogo, ayudando a los afectados a reconocer y manejar los síntomas de la enfermedad, a cambiar los patrones negativos de pensamiento, a manejar las rutinas diarias, y a mejorar las relaciones personales.

Asimismo, los avances neuropsicológicos de las dos últimas décadas han evidenciado que los pacientes afectados de trastorno bipolar presentan frecuentemente disfunciones cognitivas, que requieren tratamiento específico, cuya efectividad ya quedó demostrada por el grupo de Torrent, C. et al. (2013). Estos conocimientos permiten desarrollar herramientas específicas más a medida para cada persona, con el objetivo de prolongar los períodos de bienestar, reconocer más claramente los inicios de descompensación, y evitar, por tanto, un mayor empeoramiento de la enfermedad.

Los estudios epidemiológicos en Psiquiatría estiman la prevalencia del trastorno bipolar entre un 1% y un 2%; Porcentajes que se muestran estables en países europeos y del

continente americano. En nuestro país, se calcula que la cifra de españoles afectados podría alcanzar el millón de personas. Aparece mayoritariamente en la adolescencia o en los primeros años de la adultez, aunque también se dan casos en la infancia o en edades avanzadas.

El trastorno bipolar forma parte de los trastornos mentales graves y por tanto de las enfermedades mentales más estigmatizadas socialmente. La mayoría de la gente sabe muy poco o nada de ellas, sin embargo, muchas personas tienen una opinión preformada, generalmente errónea y llena de prejuicios, que alimenta los miedos, los tópicos y las supersticiones. Lo peor de este estigma social es que lleva a ocultar la enfermedad mental, creando una importante marginación en los enfermos y, en consecuencia, que muchas personas con trastornos mentales no sean conscientes ni reciban ningún tipo de información y, por tanto, al no recibir ayuda no pueden mejorar con un tratamiento adecuado.

ARTE, CREATIVIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL

Que el arte puede ser terapéutico se sabe desde la antigüedad, pero es en nuestra era cuando se empieza a investigar sobre la relación del arte y la creatividad con el concepto más moderno de *enfermedad mental*. Según Escudero Valverde, el primer trabajo científico sobre las producciones pictóricas de los enfermos mentales es debido a Simon y aparece en los Annales Médico-Psychologiques del año 1876, estudiándose en él los dibujos producidos por los enfermos y de los cuales se extraen enseñanzas diagnósticas: "No pueden negarse los valores terapéuticos de la pictórica recreativa y ocupacional, como tampoco

la eficacia de su empleo para conseguir nuevos medios y modos de comunicación entre el enfermo y su entorno. Pero junto a estos reconocidos beneficios, la pintura del enfermo mental constituye una siempre renovada posibilidad de poder penetrar, en gran manera, en los mecanismos psicodinámicos del paciente psíquico. Y esta vía de penetración se logra a través de caminos poco utilizados en la clínica psiquiátrica, como son las capacidades artísticas y de creación artística". (Escudero Valverde J.A., 1975).

Para María del Río (2006), el siglo XIX fue especialmente generoso con la creatividad de sus internos psiquiátricos. Médicos como Philippe Pinel, Benjamín Rush, Pliny Earle, Forbes Winslow, Cesare Lombroso, comenzaron a interesarse por las producciones artísticas de sus pacientes, al entender que estas manifestaciones podían arrojar luz sobre la enfermedad que padecían. Y es a lo largo del siglo XX cuando las producciones artísticas de los enfermos mentales entraron a formar parte de lo estéticamente aceptable gracias a un componente altamente valorado, -la expresividad-, que parecía encontrarse en *bruto* en todas ellas, y por el que quedaron dignificadas. Asimismo, la aparición del psicoanálisis es un hecho clave, pues tenderá un puente entre la razón y la locura y vinculará el universo de los sueños, la infancia, y lo primitivo al de la sinrazón y el delirio. Universos presentes en todo ser humano en alguna medida, y que comienzan así a perfilarse como formas alternativas de aprehensión de lo real. Esto permitirá a artistas y psiquiatras ir construyendo y explicando el arte a partir de retículas intencionales, entretejidas con pulsiones y saltos inconscientes, que den sentido a la obra.

En 1921 el psiquiatra Walter Morgenthaler publica *Un enfermo mental como artista: Adolf Wölfl*. La primera monografía consagrada a un paciente en la que presenta su historia médica y su obra artística, pero destacando su faceta de artista por encima del caso clínico. Para él, la obra no es solamente una expresión mórbida de la locura, sino un intento defensivo y autocurativo que produce una especie de liberación del caos amenazador de la psicosis.

En 1922, a raíz de la presentación de la interesante colección de Hans Prinzhorn, que reúne una serie de magníficas pinturas de enfermos mentales de distintas procedencias, se impulsa el estudio filosófico y científico de la creatividad en el arte del psicótico, presentando ideas que aún hoy resultan sugerentes y modernas. Según Melgar M.C. y López de Gomara E. (1988): "H. Prinzhorn fue sin duda el primer gran recopilador de obras de enfermos mentales. En su *Imaginería de los enfermos mentales* esbozó la teoría de que la creación está estrechamente vinculada con la necesidad universal de expresión que tiene el ser humano, que él hacía derivar de distintas tendencias e impulsos. En la Europa de los años veinte, estimulada por la eclosión del expresionismo, del cubismo y del arte abstracto, que modificaron las relaciones de los objetos con el espacio, y por el descubrimiento del arte primitivo que conmocionó no sólo las ideas estéticas sino la relación del hombre con sus sistemas de creencias, el libro de Prinzhorn despertó en su momento gran admiración por el arte psicótico".

Otro importante referente fue Jean Dubuffet, que impulsó junto con otros artistas en 1949 la *Compagnie de l'Art Brut*, con el objetivo de investigar sobre las producciones artísticas

realizadas por enfermos mentales y que presentan una forma de invención personal, de espontaneidad, de libertad, más allá de convenciones y hábitos recibidos. Para Dubuffet, la creación artística abre el diálogo con uno mismo, el artista enfermo crea para sí mismo, más allá de todo contexto cultural (López Fernández Cao M. y Martínez Díez N., 2006). Estos artistas conseguían las obras a través de los psiquiatras que trataban a los enfermos.

Así pues, el *art brut*, llamado también *arte outsider*, surge cuando los psiquiatras, primero, y los artistas, después, se fijaron en el arte realizado por enfermos mentales, personas que no son artistas y por ello mismo no son influenciados por la cultura artística como les sucede a los artistas. El *art brut* representa el hecho artístico puro, creatividad en bruto, que surge directamente del impulso genuino del autor.

Para Graciela García (2018) el *art brut* surge de una pulsión irrefrenable en el ser humano que le empuja a expresarse más allá de la escasez de medios, la falta de formación artística o las circunstancias adversas. Esa necesidad, nacida de la urgencia y las pulsiones más primarias, que puede arrastrar a los límites del impulso creativo y acercar al origen del misterio del hecho creativo, es especialmente rastreable en el arte realizado por personas diagnosticadas con enfermedades mentales, excluidas de la sociedad o que viven al margen de las convenciones.

Es interesante también destacar cómo, en 1950, la Exposición Internacional de Arte Psicopatológico realizada en París, con ocasión del Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, fue un gran difusor de este tipo de arte al descubrir al mundo abiertamente la riqueza y

variedad de una pintura que resulta enigmática y discordante. Y poco después, en 1955, Robert Volmat publica *L'Art Psychopatologique*, que fue un importante aporte al estudio científico del arte del psicótico enfocado desde los puntos de vista clínico, terapéutico y psicopatológico (López Fernández Cao M. y Martínez Díez N., 2006).

A partir de 1950 se multiplicaron las investigaciones, se difundieron las diversas colecciones, formándose otras nuevas y se fundaron asociaciones e institutos para su estudio. Interesante fue la exposición *Pinacoteca Psiquiátrica en España, 1917-1990*, presentada en la Universidad de Valencia en 2009, y por la que nos guía Ana Hernández Merino (2010), en su artículo de la *Revista de Arteterapia*, mostrándonos las principales producciones de pintura psiquiátrica del siglo XX en España.

Estos movimientos innovadores de la primera mitad del siglo XX, tanto en el mundo del arte por las vanguardias que surgieron, y en su relación con el mundo de la Psiquiatría, llevaron a cuestionamientos revolucionarios que generaron nuevas miradas sobre la creencia de muerte mental tantas veces aplicada a la psicosis. Es en esta época cuando toma forma el germen del concepto de arteterapia, al publicar Adrian Hill, en 1943, su obra *Art is an aid to illness: an experiment in occupational therapy*, y, en 1945, *Art versus illness*, donde cree haber encontrado el término arteterapia para describir su trabajo sobre sí mismo, cuando convaliente de tuberculosis en un sanatorio, descubrió que la actividad artística le ayudó a recuperarse, y por ello su médico le propuso que ayudara a otros pacientes a dibujar. Paralelamente, Marie Petrie en 1946, comienza a hablar de una formación espe-

cífica en arteterapia, y junto con Margaret Naumburg y Edith Kramer, son consideradas las fundadoras de la arteterapia (López Fernández Cao M. y Martínez Díez N., 2006).

RELACIÓN ENTRE ARTE, CREATIVIDAD Y TRASTORNO BIPOLAR

Se ha escrito mucho sobre la relación entre creatividad y trastorno bipolar y sobre la infinidad de escritores, poetas, pintores, músicos, actores, directores de cine, etc., que han sufrido esta enfermedad. De entre ellos, destacamos a K. R. Jamison, que publicó en 1989 un trabajo pionero sobre creatividad en artistas y alteraciones emocionales, y también a José Guimón (2016), que muestra con datos de investigaciones de diferentes autores que las enfermedades mentales son más frecuentes en los artistas plásticos y los escritores, destacando especialmente que la relación entre creatividad y trastornos del humor es más elevada que en la población sana. Guimón recuerda que Aristóteles ya se había preguntado en su día: *¿Por qué razón todos los que han sido hombres de excepción en lo que respecta a la Filosofía, la Ciencia del Estado, la Poesía o las Artes, son manifestamente melancólicos?*

Princesa Inca, -pseudónimo de Cristina Martín-, entrevistada en 2011 por Rafael Ruiz, en *El País Semanal*, entonces jardinera y estudiante de Psicología en la Universidad de Barcelona y con un diagnóstico de bipolaridad y esquizoafectividad, refiere que escribe desde que tiene recuerdos: “Escribir ha sido mi salvación. No sé qué habría sido de mí sin esto”. Refiere también que pinta cuadros caóticos que ella misma describe como “psicodélicos, naïf, oníricos, de tripi”. Fue colaboradora durante años en el programa *La Ventana*, de Gemma Nierga, de la *Cadena Ser*, quien la descubrió cuando entrevistó a un colectivo

de Radio Nikosia, cuyo principal objetivo es luchar contra la estigmatización de las enfermedades mentales. En su primer libro de poemas, escribe: “Para no volver del otro lado del espejo: He pasado al otro lado del espejo, he enloquecido/y recuerdo no haber visto allí vacío o negro/detrás del miedo, lejos del miedo máximo/detrás no hay oscuridad o frío/detrás del miedo y la locura/hay un prado larguísimo” (Princesa Inca, 2011).

Especialmente relevantes en el estudio de la relación del trastorno bipolar con la creatividad son los autores que aportan la doble visión de profesionales y afectados de trastorno bipolar. Es el caso de la psicóloga clínica y profesora de psiquiatría Kay R. Jamison (1996), ya mencionada anteriormente, que ha padecido desde la adolescencia de un trastorno bipolar, y ha dedicado gran parte de su actividad profesional científica a investigar sobre la psicología clínica de este trastorno, convirtiéndose en un referente en este campo.

Jamison, gracias a una beca de la Universidad de Oxford, investigó la relación entre creatividad y síndrome maniaco-depresivo, observando que el 38% de los escritores y poetas habían sido tratados por un tipo de trastorno del estado de ánimo y que prácticamente todos los escritores y artistas creativos (89%) habían experimentado episodios intensos, altamente productivos, y creativos. Jamison explica cómo esta enfermedad que en varias ocasiones casi acabó con ella, mata cada año a decenas de miles de personas, que mueren de manera innecesaria, siendo muchos de ellos, en su opinión, los más imaginativos e inteligentes de la sociedad.

Eduardo H. Grecco, formado en Psicología, psicoanálisis, exprofesor universitario de psicopatología, y también afectado de trastorno

bipolar, reflexiona sobre otras formas de entender la bipolaridad y su abordaje terapéutico. Grecco se refiere a un nuevo enfoque que va más allá de los criterios de las investigaciones científicas, y está ligado a un cuestionamiento más amplio sobre el concepto de enfermar. Es decir, al orientar las acciones terapéuticas hacia la creatividad, pueden despertarse los talentos dormidos que a su vez convocan las fuerzas autocurativas interiores de quien padece este trastorno.

Grecco se pone a sí mismo de ejemplo cuando habla de su propio aprendizaje como paciente: “En mi situación personal, he pensado muchas veces que la escritura -la capacidad de transformar mis dolores y mis síntomas en palabras-, fue un elemento importante para no desperdiciar mi vida y ‘mantener a raya’ la oscilación. Eso fue para mí el arte curativo, pero cada bipolar tiene que encontrar el suyo. Y parte de la cura reside en buscar y comprometerse con lo encontrado”. (Grecco E.H., 2004). El autor propone que al crear una estrategia terapéutica cambiemos nuestros esquemáticos puntos de vista y empecemos a tomar conciencia de que un bipolar puede ser constructor, creativo e incluso genial, no a pesar de su bipolaridad, sino gracias a ella, al entenderla como un don, y piensa que, si fue convertida en una desventaja, no es porque lo sea verdaderamente, sino porque la sociedad, la escuela y la medicina la han tratado, hasta ahora, como tal.

Otra autora que investiga sobre la relación entre creatividad y trastorno bipolar es Cynthia Last, doctora en psicología, terapeuta, investigadora y docente universitaria, así como afectada de trastorno bipolar: “Entre el 30% y el 50% de los artistas de éxito padece también un índice 10 veces superior al de la población en general. ¿A qué se debe? Probablemente

guarda relación directa con los cambios que se experimentan en los procesos cognitivos durante los episodios maníacos o hipomaníacos. Las ideas que se asocian de forma flexible y fluyen sin inhibición pueden dar lugar a medios de expresión novedosos. Además, otras características de los estados maníacos e hipomaníacos –como el incremento de energía, el dinamismo y la productividad, la capacidad de asumir riesgos (los riesgos calculados que pueden derivar en recompensas) y un mayor sentido de seguridad en uno mismo-, pueden llevar a las personas creativas a producir grandes obras” (Last C., 2010).

En base a esta relación se ha realizado una búsqueda en varias bases de datos, que revela poca producción académica que aborde directamente el estudio del uso de arteterapia específicamente en pacientes diagnosticados con trastorno bipolar. En grandes bases de datos como Scopus, Mendeley o PubMed, los artículos publicados sobre arteterapia en trastornos mentales mezclan pacientes con diferentes diagnósticos, dificultando conocer cuál es el efecto específico en los pacientes con trastorno bipolar. Pese a estas limitaciones, éstos presentan resultados muy positivos sobre el impacto de esta terapia en pacientes con diferentes cuadros mentales, sugiriendo el potencial de este tipo de terapias para mejorar el bienestar de pacientes con trastorno bipolar (Bilbao Ajuriaguerra P. y Pereda-Pareda E., 2022). Y anteriormente a estos autores, Hanevik et al. (2013) ya señalaban que aun cuando hay un importante vacío de investigación previa en el tema, sí existen diversos estudios en los que se observa una reacción muy positiva al uso de arteterapias y la importancia de investigar a gran escala en este campo.

EL TALLER DE ARTETERAPIA

De la revisión que acabamos de realizar sobre la relación entre el arte, la creatividad y el trastorno bipolar se destaca cómo las enfermedades mentales son más frecuentes en el colectivo de artistas. Sin embargo, de ahí no puede extrapolarse que por ser afectado de un trastorno mental se tiene la garantía de ser mejor artista en alguna modalidad que el resto de los mortales. Se trata más bien de tener una referencia sobre el potencial que la arteterapia puede llegar a desarrollar en el campo de las enfermedades mentales y más en concreto del trastorno bipolar.

El taller de arteterapia que presentamos aquí se realizó en el ámbito de la Asociación Bipolar de Mallorca (ABM). El principal fundamento de esta entidad es dar un espacio a la persona que padece un trastorno bipolar y sus familiares para compartir sus experiencias e inquietudes en relación con la enfermedad y sus consecuencias. Con ello pretenden mejorar las relaciones sociales de las personas afectadas, al romper con cierto grado de aislamiento social que se produce a causa de la propia enfermedad y del estigma social generalizado hacia los trastornos mentales.

Su principal actividad son las reuniones semanales dirigidas a los afectados y familiares, complementada con las reuniones mensuales del grupo de apoyo a familiares y/o allegados de los afectados, así como con colaboraciones voluntarias y desinteresadas de profesionales diversos que abordan temas específicos relacionados con el trastorno bipolar. Asimismo, gracias a las subvenciones conseguidas en los últimos años, se han podido realizar diversas actividades remuneradas siendo el presente taller de arteterapia una de ellas.

Dado que en la ABM la mayoría de actividades se enfocan a atender todo lo relacionado con la enfermedad, se consideró que este taller podría orientarse a trabajar con la personalidad y sus fortalezas, ámbitos que quedan relegados con frecuencia por el gran protagonismo que asume la enfermedad mental en la vida de las personas afectadas. Un protagonismo que con frecuencia lleva a la persona a distorsionar la percepción de sí misma, al quedarse atrapada en redes de identificaciones patológicas que generan confusión y alteración en los componentes potenciales más sanos de la persona, perturbando a su vez la imagen de sí mismo. Por ello, muchas personas con problemas psíquicos suelen experimentar dificultades para mostrar su mundo interior y expresar emociones, y es ahí donde la arteterapia -disciplina que utiliza los medios artísticos con fines terapéuticos-, puede favorecer la apertura de canales de comunicación que posiblemente seguirían cerrados al no encontrar otras vías, facilitando la expresión de aquello que no puede ser dicho con palabras. “Simbolizar sentimientos y experiencias a través de imágenes puede constituir un medio de expresión y de comunicación más poderoso que la descripción verbal, y, al mismo tiempo, es capaz de hacer que tales sentimientos y experiencias se vuelvan menos amenazadores” (Dalley T., 1987).

La arteterapia no se centra en el valor estético del trabajo artístico sino en su proceso, considerando que todo individuo, con o sin formación artística, posee la capacidad de proyectar su mundo interior por medio del arte. La arteterapia atiende principalmente al proceso creativo y a las cuestiones que las imágenes producidas suscitan, contribuyendo a un mejor conocimiento de la persona.

OBJETIVOS

El Grupo de Arteterapia para personas que padecen trastorno bipolar se presenta como un lugar de encuentro, que intenta generar comunicación, apoyo y revalorización personal. A través de la expresión plástica o artística se busca promover el diálogo del grupo sobre los temas que les incumben, facilitando el intercambio de experiencias, sentimientos y emociones con otras personas en su misma situación. Este diálogo del grupo permite acercarse a la historia de vida personal, y generar información que permita un mayor autoconocimiento, donde poder observar las capacitaciones propias, y favorecer así una mejor autoestima y autonomía personal.

METODOLOGÍA

El proyecto se realiza en nuestro centro de psicología, el cual dispone de las condiciones adecuadas para este tipo de actividad. En un principio, el número previsto de sesiones es de doce, pero finalmente por limitaciones presupuestarias se reduce a seis sesiones de dos horas y media. El cupo máximo de participantes se estipula en diez personas, para así poder garantizar que todos tengan posibilidad de expresarse en cada sesión.

La estructura de las sesiones se plantea en tres tiempos:

- 1) Ronda inicial. Espacio para acoger, compartir, y observar el clima emocional, tanto a nivel individual, como del grupo.
- 2) Breve meditación y relajación guiada, con propuesta y realización de actividad artística.

- 3) Puesta en común de los trabajos. Espacio para compartir y reflexionar en grupo sobre todo lo experimentado a lo largo de la sesión.

La propuesta de actividad artística se decide en cada sesión, dependiendo de lo que va surgiendo en la ronda inicial, y siempre sin perder de vista los objetivos del taller, pues es el propio proceso el que marca el camino a seguir, que es dinámico e imprime su propio ritmo en función de las circunstancias y singularidades de cada momento del grupo.

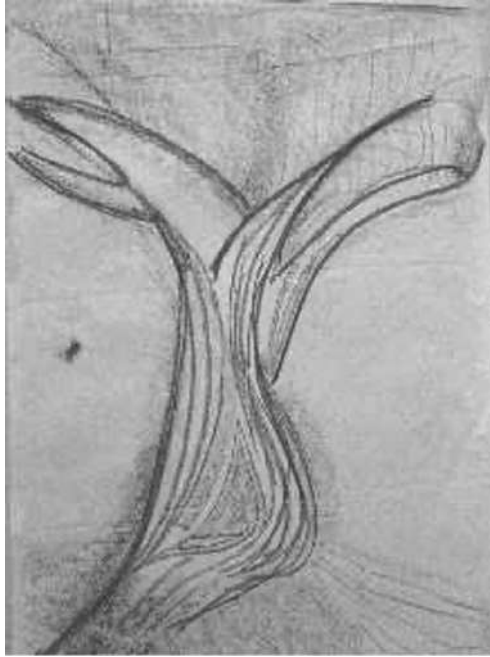
DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

Vamos a ver algunos detalles del proceso realizado, omitiendo, por supuesto, todos los datos personales que pudieran identificar a los participantes.

Sesión 1. Presentación de la terapeuta, del taller y de los asistentes. Se exploran los temas de interés en el grupo. Se realiza una breve práctica de relajación y silencio meditativo, continuando con una visualización guiada sobre la imagen de un árbol. A partir de ahí se propone componer una obra con lo visualizado. Una participante escribe: “He visualizado una olivera milenaria, con un agujero en medio en el tronco. Tiene una bifurcación grande en las ramas, y parecen dos árboles diferentes. Es como un árbol dividido. Soy yo misma, que estoy en un dilema. Veo un futuro diferente al que los demás ven para mí. No coincido con la opinión de la gente alrededor, y dudo de lo que he de hacer y de las decisiones que he de tomar. La enfermedad me hace sentir diferente de los demás. Es un árbol dividido, que se debate entre dos formas que persiguen caminos diferentes desde el nacimiento... los bipolares es que somos muy obsesivos”.

Figura 1

Olivera milenaria.

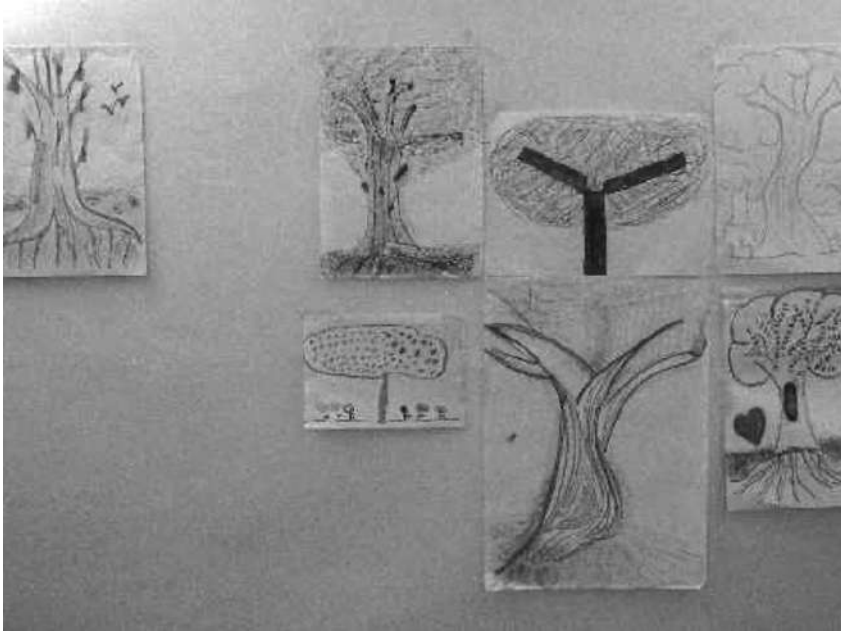


Posteriormente, se muestran los trabajos explicando las características del árbol visualizado. Se sugiere después detallar esas características en primera persona, “soy un árbol”. Observamos cómo resuena esta nueva descripción, e indagamos en los detalles personales y en la visión de sí mismos que va surgiendo. Destaca en los comentarios, la percepción general de verse más obsesivos que las personas no afectadas de TB, y la creencia de que todo lo que les pasa es

debido a su enfermedad. Aspectos que analizamos más detalladamente: ¿Qué os hace creer que es así? ¿Cómo habéis llegado a tener estas creencias? ¿Cómo os recordáis antes de la enfermedad? La propuesta última de formar un bosque con todos los árboles, colgando las obras en la pared, genera una nueva observación sobre su forma de relacionarse, y de valorar la importancia de compartir sus vivencias.

Figura 2

El bosque.



Sesión 2. Tras la ronda inicial y la meditación entramos en una relajación guiada y visualización sobre el tema “Si fueras un animal cuál te gustaría ser”. Composición de una obra con lo visualizado, y descripción por escrito de las características y cualidades que destacarían en ese animal. En la ronda grupal posterior se propone que observen cómo se relaciona cada uno con las cualidades de su animal elegido. M. escribe: “Oso polar. Animal solitario, me provoca ternura a pesar de su gran tamaño y fuerza, por sus andares, porque son juguetones.

Su cara me transmite inocencia. Me da tristeza cuando alguna imagen en la TV los enseña flotando en un pedazo de hielo, aislados. La expresión del oso parece de ideas fijas en algo, tranquilo, pensativo, preocupado por encontrar comida...”. M. puede verse a sí misma en su tendencia solitaria a aislarse, y en su propio contraste, muy fuerte, de fiereza y ternura, identificando conductas que reconoce, tanto perjudiciales como beneficiosas para ella. Los comentarios que se comparten ayudan a enfocar el tema desde la óptica de las cualidades positivas y de cómo las perciben en sí mismos.

Figura 3

Oso polar.



Sesi3n 3. Ronda inicial con meditaci3n y propuesta de actividad: Collage. “Recorta de las revistas lo que te llame la atenci3n, y despu3s haz una composici3n art3stica con ello”. Posteriormente, se propone que observen el resultado y vean qu3 historia de s3 mismos les est3 contando. L. escribe: “Me veo *desigual*, pues a3n siento que no he aceptado la enfermedad y me veo diferente de mis hermanos y en el trabajo. A3n siento el miedo cuando se dispara de no poder controlarme y perderlo todo. Dejo la casa de mis padres para vivir con mi novio. Para m3 es muy importante recibir cari3o y poder darlo, ser feliz (es mi objetivo por el que lucho cada d3a), los ni3os (por mi profesi3n, no me imagino mi vida sin los ni3os), dormir (fundamental tenerlo controlado para controlar la enfermedad), relax (porque llevo mucho estr3s), y ser madre (un sue3o)”.

En la ronda final se comparten reflexiones sobre c3mo influyen las creencias aprendidas que son de tipo negativo -conscientes e inconscientes-, en la imagen de uno mismo, y en las decisiones que se toman, y c3mo al ser m3s conscientes de ello se puede manejar de una forma m3s realista y menos perjudicial.

Sesi3n 4. Tras la ronda inicial y la meditaci3n hablamos sobre la creatividad y su poder para abrir la mente. Se propone trabajar con los miedos personales de forma creativa: “Qu3 miedos tienes en relaci3n a cualquier aspecto y 3poca de tu vida. Dales nombre, forma, color”. Se realiza un mural colectivo compartiendo esos miedos entre todos. Algunos de los temores que surgen, son: “El miedo a la cabeza, a los pensamientos, dentro todo negro. Rallado” / “El miedo a perder la salud” /

“Miedo a estar paralizada, a no avanzar, mis padres están en los dos extremos del tren, bloqueando la situación, no puedo ir hacia adelante ni hacia atrás” / “Miedo a la oscuridad del túnel (la enfermedad mental), a lo que te puedes encontrar ahí, pues dentro no se ve nada...”.

Con la obra resultante, se reflexiona acerca del origen de esos miedos, ¿son realistas o más bien catastrofistas?, se valora el peso que tienen en la vida cotidiana observando la frecuencia en que aparecen en la mente. Se propone que piensen en grupo si hay alguna

forma de transformarlos en algo más manejable, que decidan lo que quieren hacer con ellos, y vean qué pasaría si los reciclan y los convierten en una obra nueva. Observamos el resultado de esta nueva obra, que lleva a constatar cómo muchos de los miedos se implantan en la mente funcionando de forma automática y sistemática, condicionando el estado de ánimo, las emociones y reacciones físicas, las expectativas y las decisiones, y cómo el hecho de afrontarlos directamente puede ser un modo de comprenderlos y de reconducirlos.

Figura 4

Los miedos transformados.



Sesión 5. Ronda inicial, breve meditación y comentario sobre las tensiones que las personas vamos acumulando por diferentes motivos que pueden llegar a provocar gran estrés y malestares psicosomáticos diversos. Entender cómo fabricamos el estrés y desa-

rollar herramientas para afrontarlo puede ser de gran ayuda para mantener una mejor calidad de vida. Una de ellas consiste en aprender a relajarse y calmar la mente a través de la respiración consciente, lo cual se pone en práctica junto con una visualización: “Imagina

un lugar ideal para ti, exclusivo, donde poder estar tranquilo y protegido, donde poder acudir siempre que lo necesites”. Propuesta de pintar lo visualizado en un mural compartido. En la ronda grupal se comparten los resultados: R. escribe: “Son dos naves en el espacio

y las profundidades. La nave es donde te aíslas y donde estás en paz, donde puedes experimentar, explorar, tanto en el espacio como debajo del agua, haciendo submarinismo, que me encanta, me siento muy bien debajo del agua”.

Figura 5

Dos naves en el espacio y en las profundidades.



Se comparten algunas de las tensiones más frecuentes con las que conviven y la dificultad de ser conscientes de ello la mayoría de las veces por lo automatizadas que están en la vida cotidiana. Ante el consenso general de lo importante que es cuidarse, surge la propuesta espontánea de hacerse el grupo un regalo mutuo, con una rueda de masaje colectivo en la espalda, que se acompaña de música relajante.

Sesión 6. Tras la ronda inicial y la meditación se enfoca esta última sesión hacia un trabajo creativo, orientado al cierre y evaluación del proceso completo. Se hace un repaso de las propuestas y trabajos realizados en todas las sesiones (el árbol, animal de poder, collage,

los miedos, lugar de relajación y protección), se propone observar la trayectoria de forma panorámica, y ver qué destacarían de su trabajo personal. A partir de ahí se plantea realizar una obra nueva, a modo de síntesis, incluyendo un resumen escrito de esta síntesis. B. escribe: “Empecé mi vida por el Amor que sentían mis padres uno hacia el otro. Así nació yo, por su amor, después ya vino todo lo demás, el árbol con las mandarinas, mucho espacio para jugar, hermanos y primos con los que compartir árboles y un precioso caballo, una escuela de monjas que gracias a ellas me enseñaron a escribir esto y cosas que ahora siento en mi vida, que son ganas de luchar y trabajar, cansarme durante el día para luego poder descansar en mi casa y al día siguiente

volver a empezar, no rendirme jamás y seguir siempre p' adelante”.

Como regalo de despedida ponemos un folio en blanco delante de la obra de cada uno, y son invitados a anotar qué aspectos positivos destacarían de cada uno de los compañeros. En general se llevan sorpresas por lo que reciben de los demás: “Pareces cerrado pero no lo eres, eres más bien una caja de sorpresas agradables”/“Eres la alegría de la huerta, todo corazón, vitalidad, amorosa, alegría”/“Vital, amorosa, pura naturaleza, felicidad”/ “Reflexiva, creativa, bella persona, serenidad, ecuanimidad”.

Evaluación del taller

En esta última sesión se pasa un cuestionario anónimo de valoración del proceso. Se detallan a continuación las respuestas obtenidas.

1) En términos generales ¿qué ha supuesto para ti este taller?

“Un subidón de energía”/“Una experiencia nueva, interesante, divertida”/“Desconectar y transmitir los sentimientos”/“Pues ha supuesto tener un espacio donde aprender a crear pequeñas obras a la vez de aprender a conocerme más profundamente”/“Un espacio para conocer a mis compañeros y donde expresarme a través de la pintura”/“Ha supuesto una experiencia muy agradable”/“Una actividad diferente, conocer cosas de otras personas”/“Ha supuesto un avance en mi vida porque me he conocido más. Poder estar con mis compañeros que tanto quiero. Sentirme querida. Desconectar de todo. Sentirme libre. Un problema compartido es la mitad del problema”.

2) ¿Qué te ha resultado más significativo o útil? ¿Qué has aprendido?

“He aprendido a escuchar y respetar a los demás”/“El taller en sí ha resultado útil y significativo a interpretar las artes de otra manera”/“Transmitir los pensamientos a través del arte te ayuda para saber cómo estás”/“He aprendido a relajarme más”/“He aprendido que a través de lo que he pintado han surgido aspectos míos que tenía olvidados”/“Descubrir aspectos de mí. A valorarme más”/“Expresarse uno mismo. No estar sometido a condiciones o normas. Exponer experiencias y sentimientos. Que las personas son un misterio”/“He aprendido cosas de mí que no sabía, lo necesario que es para mí estar con mis amigos, es como una inyección de energía y felicidad”.

3) ¿Qué opinas de la metodología utilizada? ¿Ha llenado tus expectativas?

“Pues sí las ha llenado, porque no lo había hecho nunca y me ha gustado mucho”/“Muy buena, ha cumplido con los objetivos”/“Sí, he disfrutado en cada clase”/“Me parece perfecto, aunque se ha hecho corto”/“Ha sido un taller interesante que me ha dado más de lo que esperaba”/“Está muy bien. Sí, ha llenado mis expectativas”/“Me ha parecido muy lento, suave y ligero todo. Los medios físicos de espacio y trabajo en el suelo son incómodos para adultos. Esperaba más actividades, más estímulo”/“Ha sido buena superando las expectativas con creces”.

4) ¿En qué se podría mejorar?

“En poder hablar más, porque soy una charlatana”/“En un segundo curso”/“Me hubiera gustado salir al parque y hacer una

obra con cosas del jardín, pero hemos tenido pocas clases”/“Está muy bien así”/“En un segundo curso”/“Más dinámica, asientos y mesas. Buscar más motivación, provocar más reacciones”.

5) Valora en una escala de 1 a 10 tu grado de satisfacción, en general, con el taller.

Resultados: 10 – 10 – 10 – 10 – 8 – 8 – 5 – 10

6) Otros comentarios que desees aportar.

“Pues siempre deseaba que fuera jueves para volver”/“Gracias por todo”/“Es super-interesante la conexión que se hace entre el grupo”/“Me ha resultado breve”/“Gracias”.

Resultados cuantitativos:

* Puntuación media obtenida en la escala de valoración de satisfacción: 8'9 puntos.

* La media de asistencia a los talleres es de ocho participantes por sesión de los diez apuntados.

REFLEXIONES A MODO DE CONCLUSIÓN

A la luz de los resultados obtenidos tanto en el cuestionario de evaluación del taller, como en la observación directa en el transcurso de las sesiones, podemos considerar que se ha valorado de forma satisfactoria esta actividad. Un factor importante que ha contribuido a ello es que la mayoría de los miembros del taller ya habían participado anteriormente en otras actividades de grupo con la misma terapeuta y partíamos de una atmósfera bastante afianzada, de confianza y de adherencia al grupo.

Esto es corroborado también al observar que la media de participantes por sesión ha sido de ocho personas sobre los 10 inscritos al taller, cuyas ausencias se debieron en general a problemas de salud.

Este enfoque del taller nos ha permitido centrarnos en una visión holística de la persona, facilitando a través de las herramientas artísticas un nivel de comunicación y apoyo mutuo donde se han podido compartir experiencias, sentimientos y emociones relacionadas con la historia de vida personal, y no sólo con la historia de la enfermedad. Ha contribuido a generar reflexión sobre los estereotipos adquiridos desde el enfoque de ser un *enfermo mental*, y a fomentar una visión que ayude a hacer más visibles algunas cualidades y fortalezas propias.

Asimismo, nos ha reafirmado en la idea de lo importante que es trabajar en diferenciar a la persona de su enfermedad, pues no es lo mismo verse como un enfermo bipolar, que verse como una persona que padece una enfermedad. Como decían algunos participantes: “Para mí es muy importante venir a este taller porque supone hacer algo diferente juntos”. “Este taller nos ayuda a ir hacia adentro de uno mismo y conocernos mejor”. “He aprendido que a través de lo que he pintado han surgido aspectos míos que tenía olvidados”. “He descubierto aspectos de mí. A valorarme más”. “Siento que he soltado cosas de la mochila”.

En definitiva, en este taller, como en todos los anteriores que he realizado a lo largo de mi trayectoria profesional, compruebo cómo la arteterapia puede incentivar la tendencia natural de la persona a la creatividad, y generar la magia de poder expresar algo de uno mis-

mo, sea mucho o poco, desde lo más superficial a lo más hondo de la persona, permitiendo que se abran ángulos de visión diferentes, en relación a encontrar distintas y mejores soluciones a los problemas. A ser creativo se aprende creando, y cuando este aprendizaje está interiorizado, comienza a funcionar como parte de la personalidad y en todos los planos de la vida.

Añadir también que particularmente he disfrutado mucho cada momento, y por ello siento profundo afecto y agradecimiento a cada uno de los participantes, por la experiencia personal de todo lo aprendido, y por la confianza depositada en mi persona. Me guardo especialmente el regalo de haber podido compartir su coraje, su valentía, su sentido del humor, su creatividad, y su fuerza, así como

las muchas risas, las bromas, las lágrimas, los abrazos, las palabras de todos los colores y las obras artísticas que dejan constancia de un camino recorrido lleno de significado.

El broche final de estas andanzas lo ponemos con un poema de Princesa Inca, de su obra "La mujer-precipicio": *A los que se quedaron dormidos en el nunca / A los que no soportaron el túnel y se fueron para siempre, / a los que atravesamos cada día el túnel / agarrados aunque sea a las paredes negras / (...) a los psicólogos que dan besos. / A los que hemos transitado por el infierno y por el cielo/ y no queremos volver más allí. / Y sobre todo / a todas esas pupilas dilatadas de tanta química / que miran aturdidas y absortas / pero tienen la luz más hermosa* (Princesa Inca, 2011).

BIBLIOGRAFÍA

Bilbao Ajuriaguerra P. y Pereda-Pereda E. (2022) Art-based therapies and mental disorders: a systematic review. *Neuroscience Applied*, 1, 100643. <https://doi.org/10.1016/j.nsa.2022.100643>

Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Goikolea, J. M., y Gastó, C. (2003). Psychoeducation Efficacy in Bipolar Disorders: Beyond Compliance Enhancement. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(9), 1101–1105. <https://doi.org/10.4088/JCP.v64n0917>

Colom, F. y Vieta, E. (2008) *De la euforia a la tristeza. El trastorno bipolar. Cómo conocerlo y tratarlo para mejorar la vida*. La Esfera de los Libros.

Dalley, T. (1987). *El arte como terapia*. (J.A. Iglesias, Trans.) Herder Editorial. (Trabajo original publicado en 1984).

Del Río Diéguez, M. (2006) *Creación artística y enfermedad mental*. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Docta Complutense <https://hdl.handle.net/20.500.14352/56217>

Escudero Valverde, J. A. (1975). *Pintura psicopatológica*. Espasa Calpe.

García, G. (2018). *Art Brut: la pulsión creativa al desnudo*. Sans Soleil Ediciones.

Grecco, E. H. (2004). *Despertar el Don Bipolar: Un Camino Hacia la Curación de la Inestabilidad Emocional*. Ediciones Continente.

Guimon, J. (2016). *Arte y salud mental: ¿existen terapias artísticas?*. Eneida.

Hanevik, H., Hestad, K.A., Lien, L., Teglþjaerg, H.S. y Danbolt, L.J. (2013). *Expressive art therapy for psychosis: A multiple case study. Arts in Psychotherapy*. 40(3), 312-321. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.05.011>

Hernández Merino, A. (2010). Pinacoteca Psiquiátrica en España, 1917-1990. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 5, 73-92. <https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE1010110073A>

Jamison, K. R. (1989). Mood disorders and patterns of creativity in British writers and artists. *Psychiatry*, 52(2), 125-134. <https://doi.org/10.1080/00332747.1989.11024436>

Jamison, K. R. (1996) *Una mente inquieta. Testimonios sobre afectos y locura*. (M. Talens, Trans.). Tusquets Editores. (Trabajo original publicado en 1995)

Last, C.G. (2010) *Cuando un ser querido es bipolar. Ayuda y apoyo para usted y su familia*. (M.Pino Trans.) Serendipity. Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 2009)

López Fernández-Cao, M., & Martínez Díez, N. (2006). *Arteterapia: conocimiento interior a través de la expresión artística*. Ediciones Tutor.

Melgar, M.C. y López de Gomara, E. (1988) *Imágenes de la locura*. Ediciones Kargieman.

Princesa Inca (2011) *La Mujer-Precipicio*. Libros del Silencio.

Reinares, M., Martínez-Arán, A., y Vieta, E. (2021) *Psicoterapia en el trastorno bipolar. Un abordaje integral*. Panamericana.

Ruiz, R. (27 de marzo de 2011) Los versos Locos de la Princesa Inca. *El País Semanal*. https://elpais.com/diario/2011/03/27/eps/1301210810_850215.html#

Stevens, J. O. (2001) *El darse cuenta. Sentir, imaginar y vivenciar*. (M. Bruggendieck, Trans.) Cuatro Vientos Editorial. (Trabajo original publicado en 1971)

Torrent, C., Bonnin, C. del M., Martínez-Arán, A., Valle, J., Amann, B. L., González-Pinto, A.,... Vieta, E. (2013). Efficacy of Functional Remediation in Bipolar Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Study. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 852–859. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070971>

Vieta, E. y Colom, F. (2014) *Convivir con el trastorno bipolar*. Editorial Médica Panamericana.

LA INFLUÈNCIA DEL TAITXÍ EN LA SALUT MENTAL I LA DEPRESSIÓ

LA INFLUENCIA DEL TAICHÍ EN LA SALUD MENTAL Y LA DEPRESIÓN

THE INFLUENCE OF TAI CHI ON MENTAL HEALTH AND DEPRESSION

LUIS M. GALLEGO SÁEZ

Psicólogo colegiado B-888
División de Psicología Clínica y de la Salud (PCyS)
Consejo General de la Psicología de España

GUILLERMO MORALES HOMAR

Psicólogo ex componente del Servicio Terapéutico de Infancia y Familia (STIF) del Consell Insular de Mallorca (CIM). Palma, Mallorca, España.

XAVIER ARANDA

Instructor de Yang Tai Chi Chuan. Palma, Mallorca, España.

PATRICIA GARCÍA-PAZO

Psicóloga colegiada B-01352
Doctora en Psicología
Universitat de les Illes Balears

Contacto:

Luis M. Gallego Sáez
E-mail: lmgallegosaez@gmail.com
Teléfono +34 666 477 262

RESUM

La pràctica del taitxí està cada vegada més estesa a Mallorca i especialment en col·lectius de gent gran. Aquesta activitat física, considerada per molts autors com a meditació en moviment, es pot realitzar tant en llocs oberts com tancats, facilitant així la seva realització. La pràctica del taitxí pot millorar la postura, l'agilitat, l'equilibri, la confiança, la manera de pensar i manejar les emocions, així com també la qualitat de vida en general.

Per observar els efectes del taitxí a la salut psicològica, s'han utilitzat mesures relacionades amb la depressió en cinc grups diferents de practicants. Els resultats observats en aquestes cinc mostres (total n=75), indiquen que el 74,6% dels subjectes tenen una edat compresa entre 65 i 84 anys, el 78,7% estan jubilats, i que la majoria tenen una antiguitat a la pràctica del taitxí superior a un any. El qüestionari utilitzat per al mesurament de la depressió va ser el Patient Health Questionnaire (PHQ-8). Els resultats del qüestionari esmentat indiquen que el 8,15% dels

subjectes de 15 i més anys presenta simptomatologia depressiva de diferent gravetat: el 5,40% presenta simptomatologia lleu, el 2,05% moderada i el 0,70% greu.

Les conclusions de l'estudi conviden a reflexionar sobre els possibles efectes beneficiosos que té aquesta activitat sobre la salut.

PARAULES CLAU: *taixí, meditació en moviment, salut mental i depressió.*

RESUMEN

La práctica del taichí está cada vez más extendida en Mallorca y especialmente en colectivos de personas mayores. Esta actividad física, considerada por muchos autores como meditación en movimiento, se puede realizar tanto en lugares abiertos como cerrados, facilitando de esta manera su realización. La práctica del taichí puede mejorar la postura, la agilidad, el equilibrio, la confianza, la manera de pensar y de manejar las emociones, así como también la calidad de vida en general.

Para observar los efectos del taichí en la salud psicológica, se han utilizado medidas relacionadas con la depresión en cinco grupos diferentes de practicantes. Los resultados observados en estas cinco muestras (total n=75), indican que el 74,6% de los sujetos tienen una edad comprendida entre 65 y 84 años, el 78,7% están jubilados, y que la mayoría tienen una antigüedad en la práctica del taichí superior a un año. El cuestionario utilizado para la medición de la depresión fue el Patient Health Questionnaire (PHQ-8). Los resultados de dicho cuestionario indican que el 8,15% de los sujetos de 15 y más años presenta sintomatología depresiva de distinta gravedad: el 5,40% presenta sintomatología leve, el 2,05% moderada y el 0,70% grave.

Las conclusiones del estudio invitan a reflexionar sobre los posibles efectos beneficiosos que tiene esta actividad sobre la salud.

PALABRAS CLAVE: *taichí, meditación en movimiento, salud mental y depresión.*

ABSTRACT

The practice of tai chi is increasingly widespread in Mallorca and especially among groups of older people. This physical activity, considered by many authors as meditation in movement, can be done both in open and closed places, thus facilitating its implementation. Practicing tai chi can improve posture, agility, balance, confidence, way of thinking and managing emotions, as well as overall quality of life.

To observe the effects of tai chi on psychological health, measures related to depression were used in five different groups of practitioners. The results observed in these five samples (total n=75) indicate that 74.6% of the subjects are between 65 and 84 years old, 78.7% are retired, and that the majority have been practicing tai chi for more than one year. The questionnaire used to measure depression was the Patient Health Questionnaire (PHQ-8). The results of said questionnaire indicate that 8.15% of the subjects aged 15 and over present depressive

symptoms of varying severity: 5.40% present mild symptoms, 2.05% moderate and 0.70% severe.

The conclusions of the study invite us to reflect on the possible beneficial effects that this activity has on health.

KEYWORDS: *tai chi, meditation in movement, mental health and depression.*

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013):

La depresión es un trastorno mental común. La depresión es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, además la depresión puede llevar al suicidio. Los programas de ejercicio para las personas mayores pueden ser eficaces para prevenir la depresión.

Según la Enciclopedia Británica (2024):

La depresión, en psicología, es un estado de ánimo o emocional que está marcado por sentimientos de baja autoestima o culpa y una capacidad reducida para disfrutar la vida. Una persona deprimida suele experimentar varios de los siguientes síntomas: sentimientos de tristeza, desesperanza o pesimismo; baja autoestima y mayor autodesprecio; una disminución o pérdida de la capacidad de disfrutar de actividades ordinarias; energía y vitalidad reducidas; lentitud de pensamiento o acción; pérdida de apetito; y trastornos del sueño o insomnio.

La mayoría de personas en nuestro país, son conscientes de los efectos beneficiosos de la actividad física sobre la salud, tanto a nivel físico, como psicológico e incluso relacional. Por otra parte, es habitual que personas de diferentes edades practiquen deportes individuales y grupales, tanto en espacios abiertos y/o naturales, como en espacios cerrados, entre los que se encuentran gimnasios, casales de barrio o institutos municipales de deporte. Estas instituciones adecúan sus actividades a diferentes colectivos que van desde los niños en fase de iniciación hasta colectivos de personas mayores. Entre el tipo de actividades que se realizan habitualmente en espacios interiores, encontramos, desde deportes relacionados con las artes marciales, a otros como la gimnasia, diferentes tipos de bailes y otras técnicas con influencias orientales, como es el caso del yoga o del taichí. Es sobre esta última actividad en la que se centra este estudio.

INFORMACIÓN NECESARIA SOBRE TAICHÍ

El taichí, también conocido como tai chi chuan/quan o taiji/quan es un estilo, técnica o esquema de kung-fu y forma parte de las artes marciales tradicionales chinas (Yang et al., 2015 y Yu-Chang, 1995).

Las artes marciales forman parte de la cultura tradicional china y han estado estrechamente relacionadas con la medicina china a lo largo de su historia; el tai chi chuan, como una de las artes marciales, es bien acogido por las personas interesadas en la medicina china así como por los entusiastas de la forma física. Constituye asimismo un curso obligatorio para los estudiantes de medicina china (Yen-Ling, 2008, p. 11).

Algunos autores definen operativamente el taichí como un ejercicio tradicional chino que funciona de acuerdo con la teoría del yin y del yang, se caracteriza por tener movimientos individuales que se unen entre sí de manera lenta, suave y continua, se considera de intensidad moderada y bajo impacto que incorpora respiración relajada y concentración mental (Lee et al., 2014 y Luskin et al., 1998). Aunque también existen algunas modalidades de taichí que son enérgicas, explosivas y que pueden realizar figuras o formas con mucha velocidad y contundencia.

Los movimientos de taichí tienen su origen en la observación de animales hace más de 500 años (Lan et al., 2002).

Docherty (2013), entrelazando historia y actualidad, sugiere que, para la práctica ideal del taichí, los ejercicios deberían incorporar aspectos marciales, terapéuticos, holísticos, filosóficos, meditativos y espirituales.

En el aprendizaje del taichí se enseña a las personas a ser conscientes de lo que hace su cuerpo y cómo se siente, por lo que se considera al taichí como una práctica de meditación en movimiento, con una clara conexión mente-cuerpo (NIH, 2016 y La Forge, 1997).

El modo de practicar taichí requiere seguir algunas normas básicas que a continuación detallamos: tener la mente tranquila y el cuerpo relajado; y realizar los movimientos de forma continua, circular, suave y uniforme. También es necesaria la coordinación entre la parte superior e inferior del cuerpo, así como la concordancia de lo interno (la parte espiritual) y de lo externo (la forma o los propios movimientos). Finalmente, hay que tener muy presente la clara distinción entre lo vacío y lo sólido, siendo esta última norma, una de las características más destacadas del taichí (Yen-Ling, 2008).

Algunos investigadores expertos en psicología, meditación y espiritualidad explican que el taichí es una práctica de ejercicio y de meditación en movimiento que se empezó practicando en China en parques o incluso en lugares de trabajo y en la actualidad se está convirtiendo en una práctica común en otros lugares del mundo, especialmente entre colectivos de personas mayores que intentan mantenerse activas y con calidad de vida (Prieto y López, 2020).

A continuación, recogemos algunos resultados de trabajos que relacionan la práctica del taichí con beneficios para la salud psicológica, el bienestar y la calidad de vida.

En el primero de los trabajos que referimos, Huang et al., (2021) en el apartado de trastornos mentales y de comportamiento, se describen diferentes estilos de taichí utilizados y concluye que el estilo yang, el estilo sun y el estilo wu son estilos de taichí de uso común recomendados para pacientes con trastornos mentales y de conducta. Entre todos ellos, el estilo yang ha sido el más utilizado. Puede reducir los niveles de depresión, ansiedad y

estrés, así como mejorar la función cognitiva, la memoria y mejorar la calidad de vida.

En un estudio realizado durante la pandemia de COVID-19 sobre los efectos del taichí en personas mayores se concluye que puede mejorar el estado psicoemocional, la cognición y el aprendizaje motor (Solianik et al., 2021).

En un metaanálisis con más de 2.500 participantes sobre aspectos cognitivos en personas mayores, se concluye que el taichí puede mejorar la función cognitiva particularmente en el ámbito del funcionamiento ejecutivo y en personas sin un deterioro significativo (Wayne et al., 2014). También en otro trabajo con adultos mayores sanos, el entrenamiento de taichí contribuyó a mejorar las funciones ejecutivas y la inteligencia fluida (Lv et al., 2021).

Una revisión sistemática sobre pacientes con fibromialgia, cuyo objetivo fue identificar la efectividad de la influencia del taichí en el tratamiento de esta enfermedad, indica que mejora la calidad del sueño, alivia la fatiga, la depresión, así como también mejora la calidad de vida tanto física como psicológica (Cheng et al., 2019).

En uno de los estudios de Yao y colaboradores (2021), sobre el efecto del taichí chuan en la salud emocional, demostraron mediante trabajos con imágenes por resonancia magnética funcional (fMRI) el cambio relevante de la anatomía y función del cerebro, principalmente en la corteza prefrontal después de la práctica de taichí chuan.

Una revisión sistemática sobre el síndrome perimenopáusico Wang et al., (2017) encontró evidencia significativa de que el taichí mejora

el dolor corporal, la salud general, la vitalidad y la salud mental, entre otras. Los resultados sugieren que el taichí podría recomendarse como tratamiento coadyuvante eficaz y seguro para pacientes con este síndrome.

El taichí es un ejercicio mental y corporal, culturalmente apropiado para adultos mayores, con beneficios psicosociales estadísticamente significativos (Taylor et al., 2006).

Hartman y colaboradores (2015) llegan a la conclusión de que la práctica moderada de taichí puede mejorar la artritis, la calidad de vida y la movilidad funcional entre los adultos mayores con osteoartritis.

Otro estudio de revisión Jahnke et al., (2010) de ensayos aleatorios controlados sobre los beneficios para la salud del taichí, muestra resultados consistentes y significativos que indican beneficios relacionados con la salud general, tanto física como psicológica. La evidencia acumulada de ensayos clínicos y estudios de observación indica que el taichí parece tener beneficios para la salud mental al promover el bienestar psicológico, la autoestima y la satisfacción con la vida, tanto en personas sanas o con enfermedades (Choo, et al., 2020 y Wang et al., 2010).

Podemos afirmar que existe una creciente evidencia científica de los beneficios para la salud y el bienestar del taichí (Oh et al., 2018 y Lan et al., 2002).

Es por todo ello que, en el año 2020, la práctica del taichí fue inscrita en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad de la UNESCO.

Además de que actualmente se puede recibir formación en ámbitos universitarios mediante títulos como el de Experto Universitario en Tai-chí, en la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (INEF) de la Universidad Politécnica de Madrid.

El taichí (taiji quan) forma parte de los estilos y sistemas del Departamento Nacional de kung-fu, y estos a su vez forman parte de la Real Federación Española de Karate y Disciplinas Asociadas.

Para poder ver formas o esquemas de taichí, presentamos material complementario en los anexos.

Objetivo del estudio

El objetivo de este estudio es evaluar la sintomatología depresiva que presenta una muestra de personas que practica taichí en Mallorca.

METODOLOGÍA

Se presenta un estudio descriptivo transversal realizado en Mallorca (Islas Baleares). La entrega y recogida de datos se realizó durante el mes de mayo de 2024.

Participantes

Han participado en este estudio un total de 75 personas de 5 grupos diferentes, de las cuales 56 son mujeres y 19 son hombres (74,7 y 25,3% respectivamente). Todos son alumnos de taichí de diferentes centros culturales de Mallorca. De la muestra original, uno de los participantes no contestó el cuestionario número 2.

En cuanto a la variable edad, dos grupos son los que engloban la mayoría de los participantes, 37 tienen entre 65 y 74 años y 19 tienen entre 75 y 84 (49,3 y 25,3% respectivamente).

Todos los participantes en el estudio son practicantes de taichí estilo yang en diferentes centros del Instituto Municipal de Deportes (IME), en casales de barrio dependientes del Ayuntamiento de la ciudad de Palma y en centros particulares.

Más de la mitad de los participantes están casados o conviven en pareja (54,7%). En cuanto a la situación laboral, la gran mayoría están prejubilados, jubilados o son pensionistas (78,7%). La mayoría de los participantes tienen más de 5 años de antigüedad en la práctica del taichí seguidos por los que tienen entre 1 y 5 años (45,3 y 34,7% respectivamente).

Procedimiento

Los instructores invitaron a los alumnos a cumplimentar los cuestionarios de forma voluntaria y anónima. La entrega y recogida de los cuestionarios se realizó de forma presencial en los propios centros de entrenamiento.

Herramientas

Se recoge la información mediante un cuestionario sociodemográfico y un segundo cuestionario recoge la sintomatología depresiva.

Para realizar este estudio, utilizamos el cuestionario que se ha utilizado en la última versión de la Encuesta Europea de Salud en España 2020 (EES2020); en el apartado de la salud mental, se utilizó el cuestionario Pa-

tient Health Questionnaire (PHQ-8) (Kroenke et al., 2008). El objetivo de las preguntas de este cuestionario es evaluar la prevalencia de la depresión de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión 4 (DSM-IV); con el referente temporal de las dos últimas semanas, la persona valora la frecuencia con la que ha tenido o experimentado los siguientes problemas o situaciones:

- 1) Poco interés o alegría por hacer las cosas.
- 2) Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a.
- 3) Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado.
- 4) Sensación de cansancio o de tener poca alegría.
- 5) Poco apetito o comer demasiado.
- 6) Sentirse mal consigo mismo/a, sentirse que es un fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo.
- 7) Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión.
- 8) Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual.

Las posibles respuestas para indicar la frecuencia son: Nunca, Varios días, Más de la mitad de los días, Casi todos los días y las puntuaciones son 0, 1, 2 y 3 respectivamente. Por lo tanto, la puntuación final que se obtiene

con el sumatorio de los 8 ítems va de 0 a 24 puntos. La interpretación sería la siguiente:

- No se consideran síntomas depresivos las puntuaciones totales entre 0 y 4.
- Se consideran síntomas leves las puntuaciones totales entre 5 y 9.
- Se consideran síntomas moderados las puntuaciones totales entre 10 y 14.
- Se consideran síntomas moderadamente graves las puntuaciones totales entre 15 y 19.
- Se consideran síntomas graves las puntuaciones totales entre 20 y 24.

Análisis estadístico

Descriptivo transversal. Variable dependiente: sintomatología depresiva. Variables independientes: edad, género, estado civil, antigüedad en la práctica del taichí y situación laboral.

El análisis estadístico se realizó con el programa jamovi (Versión 2.3).

Consideraciones éticas

Este estudio se realizó según las directrices de la Declaración de Helsinki. Los cuestionarios fueron voluntarios anónimos. Los investigadores siguieron las directrices de la Asociación Americana de Psicología (APA) en materia de cuestiones éticas (secciones 3 y 8) de los principios éticos de psicólogos y código de conducta. En este sentido, la APA no considera necesario incluir un comité de ética cuando no existe riesgo relacionado con el anonimato o la confidencialidad en el estudio. El estudio que realizamos no requirió

ninguna intervenció que pudiera tener consecuencias para los participantes. Durante el proceso no se realizó ninguna manipulación de variables. Se invitó a los participantes a cumplimentar los cuestionarios de forma anónima e individual para promover su libertad de respuesta sin verse condicionados por el análisis posterior y para no coaccionar su respuesta.

RESULTADOS

En los grupos de taichí según nuestro estudio, el 91,85% de los sujetos de 15 y más años no presenta sintomatología depresiva. El 8,15% presenta sintomatología depresiva de distinta gravedad: el 5,40% presenta sintomatología leve, el 2,05% moderada y el 0,70% grave.

Los resultados de la muestra indican que la sintomatología depresiva es de 14,9% en mujeres y 1,4% en hombres.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es necesario ser prudentes al analizar este trabajo, ya que no podemos afirmar que la práctica del taichí sea el único factor causal de los bajos resultados en sintomatología depresiva observados. Otras variables concomitantes como es el caso de la motivación, la persistencia y el refuerzo social, también pueden tener mucha importancia.

Sorprendentemente, las diferencias en porcentajes totales de depresión entre mujeres y hombres de este estudio son mucho más pronunciadas que en los resultados de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, probablemente debido a las diferencias muestrales (tanto en número total de sujetos como en diferencias de género).

Sería conveniente realizar más ensayos aleatorios controlados, con muestras mayores y más similares en cuanto a la cantidad de personas por género, para poder confirmar estos resultados. Además, se podrían realizar nuevas comparaciones con las próximas Encuestas Europeas de Salud (EES).

Las conclusiones que se extraen de este estudio sugieren mantener y facilitar la promoción de la práctica del taichí, especialmente en los centros dependientes del Ayuntamiento, ya que son asequibles y permiten que el colectivo de personas mayores, entre otros, puedan aprovechar los beneficios que aportan estos programas.

En cuanto a la práctica de la Psicología en general, se podría proponer la investigación del taichí como técnica coadyuvante, en algunos programas de tratamiento o intervención.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La diversidad de los estilos de taichí, como es el caso de los conocidos chen, yang, wu, sun, hao, así como las variantes que suelen utilizar los mismos nombres con algunas diferencias, derivadas de la evolución temporal y de las influencias de los diferentes maestros y profesores; estas cuestiones pueden ser un impedimento para comparar de forma rigurosa los resultados de los diferentes estudios que se publican y también específicamente de los que aquí se presentan.

La longitud y la complejidad de la práctica del taichí pueden ser factores añadidos a las diferencias en los resultados que aparecen en los estudios publicados.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos por una parte a todos los alumnos de taichí que han participado en este trabajo; a los profesores: Jolanda Rooimans del IME de Son Hugo, Catalina Torres del Casal de barri de s'Escorxador, Mónica Ayerza del IME de s'Estel, Xavier Aranda de Palma, y Jien Chiang de Algaida. También a los centros del Ayuntamiento de Palma, así como de

la empresa Esports Vuitanta-Cinc por facilitar las tareas relacionadas con este estudio. Mención especial de reconocimiento y gratitud a los maestros Jien Chiang, Su Yu-Chang y a sus continuadores por el legado de sus conocimientos.

Declaramos que no existen conflictos de intereses

REFERENCIAS

Britannica. (2024). Depresión. *Enciclopedia Británica*. <https://www.britannica.com/science/depression-psychology>

Cheng, C. A., Chiu, Y. W., Wu, D., Kuan, Y. C., Chen, S. N., y Tam, K. W. (2019). Effectiveness of Tai Chi on fibromyalgia patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary therapies in medicine*, 46, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.07.007>

Chiang, J. (2023, 7 de febrero) *8 Mov Yang Clase de sep 2022*. YouTube. [video]. <https://youtu.be/mylik9kQF74>

Choo, Y.T., Jiang, Y., Hong, J., y Wang, W. (2020). Effectiveness of Tai Chi on quality of life, depressive symptoms and physical function among community-dwelling older adults with chronic disease: A systematic review and meta-analysis. *Internacional journal of nursing studies*, 2,111:103737. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103737>

Docherty, D. (2013). *La biblia del Tai Chi*. Gaia Ediciones.

Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (INEF) de la Universidad Politécnica de Madrid. *Título de experto universitario en Taichiy Qigong*. Consultado el 22 de abril de 2024. <https://www.inef.upm.es>

Fernández, M. (2015, 8 de agosto) *Yang Taijiguan 36 Form*. YouTube. [video]. https://youtu.be/yo_q-2YSWzM

Hartman, C., Manos, T., Winter, C., Hartman, D., Li, B., y Smith, J. (2015). Effects of T'ai Chi Training on Function and Quality of Life Indicators in Older Adults with Osteoarthritis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 1553-1559. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03863.x>

Huang, J., Wang, D., y Wang, J. (2021). Clinical Evidence of Tai Chi Exercise Prescriptions: A Systematic Review. *Hindawi Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, (Article ID 5558805), 14 pages. <https://doi.org/10.1155/2021/5558805>

Instituto Nacional de Estadística (INE) y Ministerio de Sanidad (MS). (2020). *Encuesta*

Europea de Salud en España EESE, 2020. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf

Jahnke, R., Larkey, L., Rogers, C., Etnier, J., y Lin, F. (2010). A comprehensive review of health benefits of qigong and tai chi. *American journal of health promotion* 24(6), e1–e25. <https://doi.org/10.4278/ajhp.081013-LIT-248>

Kroenke, K., Strine, T. W., Spritzer, R. L., Williams, J. B., Berry, J. T., y Mokdad, A.H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders* 114(1-3), 163-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.026>

La Forge, R. (1997). Mind–body fitness: encouraging prospects for primary and secondary prevention. *Journal of Cardiovascular Nursing* 11(3), 53–65.

Lan, C., Lai, J.S., y Chen, S.Y. (2002). Tai Chi Chuan: an ancient wisdom on exercise and health promotion. *Sports Medicine*, 32(4), 217-24. <https://doi.org/10.2165/00007256-200232040-00001>

Lee, L. Y. K., Tam, K. W., Lee, M. L., Lau, N. Y., Lau, J. C. Y., Lam, Y. M., Lam, C. H. W., Kwan, W. K., Chan, D., Chan, B., y Chan, P. Z. K. (2014). Sleep quality of middle-aged Tai Chi practitioners. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(1), 27-34. <https://doi.org/10.1111/jjns.12045>

Luskin, F.M., Newell, K.A., Griffith, M., et al. (1998). A review of mind-body therapies in the treatment of cardiovascular disease. Part

1: Implications for the elderly. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 4(3), 46-61. PMID: 9581321

Lv, X., Ren, X., Guo, C., y Tang, L. (2021). Tai Chi exercise training enhances executive function and fluid intelligence of healthy older adults: Cross-sectional and longitudinal evidence. *Psychology of Sport and Exercise*, 58, 102-105. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2021.102105>

NIH News in Health. Tai Chi and Your Health. A Modern Take on an Ancient Practice. A monthly newsletter from the National Institutes of Health, part of the U.S. Department of Health and Human Services. December 2016. <https://newsinhealth.nih.gov/2016/12/tai-chi-your-health>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Depresión. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Oh, B., Yeung, A., Klein, P., Larkey, L., Ee, C., Zaslawski, C., Knobf, T., et al. (2018). Accreditation Standard Guideline Initiative for Tai Chi and Qigong Instructors and Training Institutions. *Medicines*, 5(2), 51. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/medicines5020051>

Prieto, J.M., y López, I. (2020). El rompecabezas de la meditación: antropología + psicología + espiritualidad. En J.M. Prieto y M.A. Santed (coordinadores), *Psicología, Meditación y Espiritualidad*. (pp.17-44). GiuntiEOS.

Real Federación Española de Karate y Disciplinas Asociadas. Departamento Nacional de Kung Fu. Consultado en Internet el 23 de

abril de 2024. <https://www.rfek.es/index.php/disciplinas-asociadas/kung-fu>

R Core Team (2021). *R: A Language and environment for statistical computing*. (Version 4.1) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).

Solianik, R., Mickevičienė, D., Žlibinaitė, L., y Čekanauskaitė, A. (2021). Tai chi improves psychoemotional state, cognition, and motor learning in older adults during the COVID-19 pandemic. *Experimental gerontology*, 150-11363. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111363>.

Tai Chi Kung Chuan. (2016, 8 de diciembre) *Yang Taichi corto Pachimen años 90*. YouTube. [video]. <https://youtu.be/vKYJWr1xeRU>

Taylor-Piliae, R. T., Haskell, W. H., y Waters, C. M. (2006). Change in perceived psychosocial status following a 12-week Tai Chi exercise programme. *Journal of Advanced Nursing*, 54 (3), 313-329. <https://doi.org/10.1111/j.13652648.2006.03809.x>

The jamovi project (2022). jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

UNESCO. (2020). La práctica del Taijiquan. *Patrimonio Cultural Inmaterial*. <https://ich.unesco.org/es/RL/la-prctica-del-taiji-quan-00424>

Wang, Y., Shan, W., Li, Q., y Yang, N. (2017). Tai Chi Exercise for the Quality of Life in a Perimenopausal Women Organization: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-*

Based Nursing, 14(4), 294-305. <https://doi.org/10.1111/wvn.12234>

Wang, C., Bannuru, R., Ramel, J., Kupelnick, B., Scott, T., y Schmid, C. H. (2010). Tai Chi on psychological well-being: systematic review and meta analysis. *w*. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-10-23>

Wayne, P. M., Walsh, R. E., Taylor-Piliae, R. N., Wells, R. E., Papp, K. V., Donovan, N. J., y Yeh, G. Y. (2014). Effect of Tai Chi on Cognitive Performance in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(1), 25-39. <https://doi.org/10.1111/jgs.12611>

Yang, G. Y., Wang, L. Q., Ren, J., Zhang, Y., Li, M. L., Zhu, Y. T., et al. (2015). Evidence Base of Clinical Studies on Tai Chi: A Bibliometric Analysis. *PLoS ONE*, 10(3), e0120655. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120655>

Yao, Y., Ge, L., Yu, Q., Du, X., Zhang, X., Taylor-Piliae, R., y Wei, G. (2021). The Effect of Tai Chi Chuan on Emotional Health: Potential Mechanisms and Prefrontal Cortex Hypothesis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Article ID 5549006*, 12 pages. <https://doi.org/10.1155/2021/5549006>

Yen-Ling, S. (2008). *Tai Chi Chuan. Los ejercicios básicos*. (4ª ed., Vol. 1). Paidotribo.

Yu-Chang, S. (1995). *El tejido invisible. Manual de Tai Chi Chuan*. Prensa Universitaria. Pachi Tanglang Chuan

ANEXO – MATERIAL COMPLEMENTARIO

A continuació, adjuntamos algunos enlaces consultados en internet que corresponden a una clase impartida en Mallorca por el Maestro Jien Chiang (8 Mov Yang), a dos demostraciones del mismo estilo: una de la escuela taichí kung chuan (yang taichi corto) y otra de Miguel Fernández, profesor del Sanchai Centre Nederland (Yang Taijiquan 36 form). También adjuntamos tres enlaces más, con algunas demostraciones de otros estilos, consultados el 1 de mayo de 2024 correspondientes al canal WUSHU TV:

<https://youtu.be/myliK9kQF74>

<https://youtu.be/vKYJWr1xeRU>

https://youtu.be/yo_q-2YSWzM

<https://youtu.be/JRFZvUZu0Ig>

<https://youtu.be/JmST5o3usNI>

<https://youtu.be/RA8iHFarIng>

ANEXO - CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO NÚMERO 1 - INFORMACIÓN GENERAL

Estos cuestionarios tienen carácter anónimo, por lo que no deberá identificar su nombre ni apellidos en ninguno de ellos. Marque con una X la respuesta o condición que corresponda a cada pregunta.

- Edad, entre: ☐ 15-24. ☐ 25-34. ☐ 35-44. ☐ 45-54. ☐ 55-64. ☐ 65-74. ☐ 75-84. ☐ 85 o más	- Género: ☐ Masculino. ☐ Femenino. ☐ Otros.
- Estado civil: ☐ Casado/a o convive en pareja. ☐ Soltero/a. ☐ Viudo/a. ☐ Separado/a o divorciado/a. ☐ No contesta.	- Situación en la que se encuentra relacionada con la actividad laboral: ☐ Trabajando. ☐ Desempleado/a. ☐ En excedencia. ☐ Prejubilado/a, jubilado/a o pensionista. ☐ Otros.
- Antigüedad en la práctica del taichí: ☐ Hasta 1 año. ☐ Entre 2 y 5 años. ☐ 5 años o más.	- Estilo de taichí que practica: ☐ Yang. ☐ Wu. ☐ Chen. ☐ Sun. ☐ Hao. ☐ Otro
- Lugar donde realiza la práctica del taichí: ☐ IME Son Hugo. ☐ IME S'Estel. ☐ Casal de barri s'Escorxador. ☐ Otro =	

CUESTIONARIO NÚMERO 2 – (PHQ 8)

El siguiente cuestionario pretende evaluar cuánto le han molestado los siguientes problemas o situaciones en las dos últimas semanas:

Marcar con una X la casilla correspondiente a la opción que más se ajuste a su experiencia personal.

Durante las 2 últimas semanas, ¿Cuánto le ha molestado...?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas.				
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza.				
3. Tener problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado.				
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía.				
5. Tener poco apetito o comer en exceso.				
6. Sentirse mal consigo mismo/a, sentirse que es un fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo.				
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión.				
8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual.				

ADDICCIÓ I/O ÚS PROBLEMÀTIC DE LES TECNOLOGIES DE LA INFORMACIÓ I LA COMUNICACIÓ: INTERVENCIÓ EN JOVES DES DEL MODEL BIOPSICOSOCIAL

ADICCIÓN Y/O USO PROBLEMÁTICO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN: INTERVENCIÓN EN JÓVENES DESDE EL MODELO BIOPSICOSOCIAL

ADDICTION AND/OR PROBLEMATIC USE OF INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES: INTERVENTION IN YOUNG PEOPLE FROM THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL

OLGA OLIVÉ

Psicòloga col·legiada B-02831
Terapeuta en addiccions comportamentals
Projecte Home Balears

Contacte:

oolive@projectehomebalears.org

RESUM

A més del joc patològic i de l'addicció a videojocs (reconegudes en Manual Diagnòstic i Estadístic -DSM-5- publicat per l'APA i en la Classificació Internacional de Malalties -CIE-11- de l'Organització Mundial de la Salut), s'han proposat altres possibles conductes que tenen el risc de convertir-se en addictives. Entre elles es poden classificar les addiccions digitals o tecnològiques -videojocs, mòbil, internet, xarxes socials, etc.- (Arias Horcadas, F., & Orío Ortiz, L., 2024). En els últims anys, les conseqüències derivades del mal ús de les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TIC) han anat adquirint més importància, convertint-se en un problema que preocupa a les famílies, als professionals i a les mateixes persones afectades. De fet, en els darrers anys hi ha una opinió generalitzada per part de professionals de la salut, de l'educació, els mitjans de comunicació, etc., que tot i els avantatges de les TIC, aquestes poden facilitar certs trastorns emocionals i psicològics en la població juvenil. L'any 2017, Projecte Home Balears crea el Programa CIBER, com un programa ambulatori de prevenció indicada i de tractament educatiu-terapèutic de l'ús problemàtic i/o abús de les Tecnologies de la Informació i la Comunicació en joves.

PARAULES CLAU: addiccions comportamentals, intervenció addiccions tecnològiques, Model Biopsicosocial, Projecte Home

RESUMEN

Además del juego patológico y de la adicción a videojuegos (reconocidas en Manual Diagnóstico y Estadístico -DSM-5- publicado por el APA y en la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-11- de la Organización Mundial de la Salud), se han propuesto otras posibles conductas que tienen el riesgo de convertirse en adictivas. Entre ellas se pueden clasificar las Adicciones digitales o tecnológicas -videojuegos, móvil, internet, redes sociales, etc.- (Arias Horcajadas, F., & Orío Ortiz, L., 2024). En los últimos años, las consecuencias derivadas del mal uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han ido adquiriendo más importancia, convirtiéndose en un problema que preocupa a las familias, a los profesionales y a las mismas personas afectadas. De hecho, en los últimos años hay una opinión generalizada por parte de profesionales de la salud, de la educación, los medios de comunicación, etc., que todo y las ventajas de las TIC, estas pueden facilitar ciertos trastornos emocionales y psicológicos en la población juvenil. El año 2017, Proyecto Hombre Baleares crea el Programa CIBER, como un programa ambulatorio de prevención indicada y de tratamiento educativo-terapéutico del uso problemático y/o abuso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en jóvenes.

PALABRAS CLAVE: adicciones comportamentales, intervención adicciones tecnológicas, Modelo Biopsicosocial, Proyecto Hombre

ABSTRACT

In addition to the pathological game and video game addiction (recognised in Diagnostic and Statistical Manual -DSM-5- published by the APA and in the International Classification of Diseases -CIE-11- of the World Health Organisation), other possible behaviors have been proposed that have the risk of becoming addictive. Among them, digital or technological addictions can be classified -video games, mobile phones, internet, social networks, etc.- (Arias Horcajadas, F., & Orío Ortiz, L., 2024). In recent years, the consequences of the misuse of Information and Communication Technologies (ICT) have become more important, becoming a problem that worries families, professionals and the affected people themselves. In fact, in recent years there is a general opinion on the part of health professionals, education, the media, etc., that despite the advantages of ICT, these can facilitate certain emotional and psychological disorders in the youth population. In 2017 Projecte Home Balears created the CIBER Program, as an outpatient program for indicated prevention and educational-therapeutic treatment of problematic use and/or abuse of Information and Communication Technologies in young people.

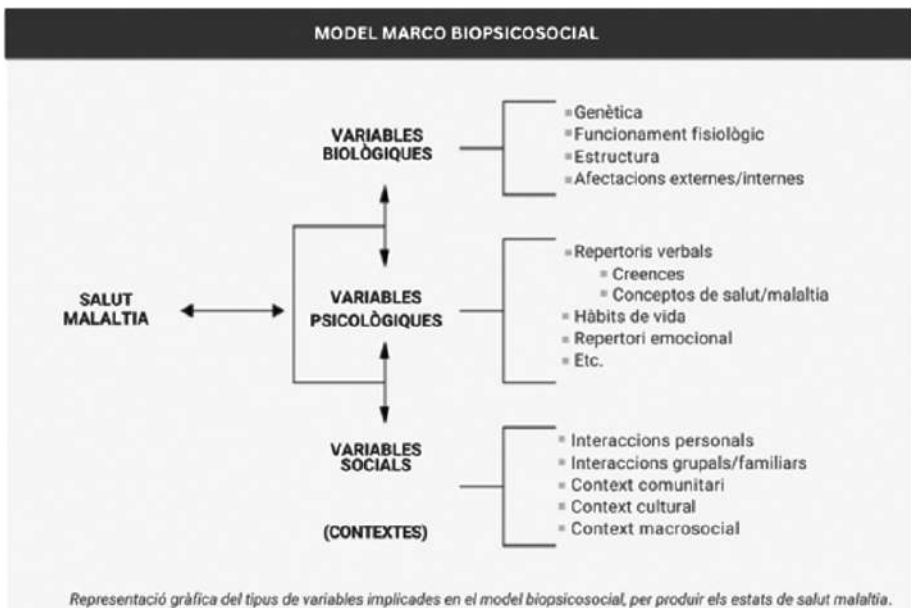
KEYWORDS: Behavioral additions, intervention technological addictions, Biopsychosocial Model, Projecte Home

EL MODEL BIOPSIICOSOCIAL EN L'ABORDATGE DE LES ADDICCIONS

El model biopsicosocial (MBPS) considera l'addicció un fenomen complex, l'explicació del qual no és reductible a cap dels tres nivells que determinen l'experiència humana (biològic, psicològic i social) i que, per tant, requereix un abordatge integral (Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre – APH, 2015). En aquest sentit, el MBPS explora i incideix en tots els nivells, identificant els factors subjacents al problema permetent desenvolupar un pla de tractament individualitzat que abordi els aspectes biolò-

gics, psicològics i socials de l'addicció de manera integrada.

Per altra banda, promou un enfocament de recuperació a llarg termini, fet que suposa treballar la prevenció de recaigudes, el desenvolupament d'habilitats d'afrontament saludables i la promoció de canvis en l'estil de vida que donin suport a la recuperació contínua. Finalment, atès que el MBPS reconeix la complexitat de l'addicció, proposa un abordatge multidisciplinar que involucri professionals de diferents àmbits en el tractament, i permeti abordar els diversos aspectes del problema de manera efectiva, proporcionant un suport integral al pacient.



Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre (2015)

FACTORS DE RISC EN L'ETAPA DE L'ADOLESCÈNCIA

L'ús abusiu de les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TIC) es produeix en totes les edats i en àmbits culturals molt diferents,

conformant un fenomen global de magnitud creixent. No obstant, segons l'Informe sobre Addicions *Comportamentals i altres trastorns addictius* (OEDA, 2023), la prevalença de possible ús problemàtic d'Internet entre la població juvenil és superior respecte a la de la població general.

Joves i adolescents constitueixen un grup de risc especial per desenvolupar addicció o ús problemàtic a les Tecnologies de la Informació i Comunicació (TIC); així ho indiquen estudis com el de Canale et al. (2022) que indica que la variable edat apareix inversament relacionada amb l'ús additiu del mòbil. Els joves i adolescents estan molt familiaritzats amb els dispositius tecnològics, que els donen accés a gran quantitat d'informació (són grans cercadors de novetats i sensacions) i els permeten mantenir contacte amb els seus coetanis la qual cosa els resulta imprescindible per a desenvolupar la seva identitat i independència. A més, tenen més dificultat per a gestionar les seves emocions i a causa de la seva immaduresa en el còrtex prefrontal, tendeixen a minimitzar les conseqüències de determinades conductes de risc aparentment lúdiques, presentant major impulsivitat. Així, l'estudi d'Estévez Gutiérrez et al. (2014) va trobar relació entre el joc patològic, l'ús abusiu d'Internet i videojocs i la dificultat de regulació emocional entre joves i adolescents.

Tot això, junt amb les pròpies característiques dels dispositius digitals que predisposen a un ús abusiu i de risc (facilitat d'accés, disponibilitat de gran quantitat de continguts, font d'entreteniment il·limitat, connexió amb altres persones, anonimat, gratificació immediata, possibilitat d'evasió de problemes, etc.), fa que la incidència de casos d'ús problemàtic

i/o addicció en aquesta etapa sigui més probable i amb pitjors conseqüències.

Si atenem els factors de risc a les addiccions, trobem com a principals (Becoña et al., 2011):

- Factors emocionals i psicològics: insatisfacció, baixa autoestima, poca tolerància a la frustració, dificultat per a la gestió emocional (disfòria, intolerància al malestar emocional), etc.
- Factors psiquiàtrics i/o neurològics: depressió, trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH), fòbia social, trastorn de l'espectre autista (TEA), etc.
- Factors familiars: entorns familiars rígids o autoritaris, permissius, desestructurats, amb elevada conflictivitat, disciplina inconsistent, baixa cohesió i suport familiar, etc.
- Factors socials/escolars: fracàs escolar, poc vincle escolar, aïllament social, assetjament escolar, ciberassetjament, etc.

Gran part dels objectius de la intervenció vindran definits per la transformació dels factors de risc detectats, i potenciar-ne els factors de protecció en cada cas.

CARACTERÍSTIQUES DE LA INTERVENCIÓ

Cal assenyalar que no en tots els casos que demanen ajuda es tracte d'addicció a les TIC, sinó que en molts casos es tracta d'un ús problemàtic. Parlem d'ús problemàtic quan no reuneix els requisits per ser considerat addicció, però interfereix de manera negativa en la vida del/de la jove i té un impacte en la

seva salut física i emocional, en el rendiment acadèmic o en la vida familiar, social, etc. (González López et al., 2020).

El primer pas per identificar el curs de la conducta abusiva/additiva és l'Avaluació diagnòstica per tal d'explorar els següents aspectes:

- Inici i evolució de la conducta d'abús o mal ús de les tecnologies.
- Funció de la conducta: l'ús de tecnologies es considera problemàtic quan la seva funcionalitat adquireix un caràcter gratificant per a l'individu, ja sigui a través d'un reforç positiu (com en el cas de l'ús de xarxes socials per a obtenir suport social) o d'un reforç negatiu (per exemple, quan els dispositius digitals s'empren com a mitjà per fer front a estats emocionals adversos). És la conjunció d'aquests dos tipus de reforçament el que fa que vagi desenvolupant-se una addicció o abús.
- Períodes d'abstinència o control de l'ús problemàtic dels dispositius tecnològics.
- Impacte o conseqüències que hi ha hagut en la vida quotidiana del/de la jove (rendiment acadèmic, abandonament d'activitats d'oci i temps lliure, aïllament social, conflictes familiars, conseqüències econòmiques, legals, etc.).

En funció dels resultats de l'avaluació, però sobre tot en funció de l'edat de l'infant o jove, des del Programa CIBER es proposen dos tipus de modalitat d'intervenció:

Modalitat familiar: és un treball enfocat a la Prevenció Indicada, centrat a treballar amb els pares i mares, amb una durada entre 4 i

7 mesos aproximadament (més endavant, es detalla les característiques d'aquesta intervenció).

Modalitat terapèutica: orientada a treballar amb joves (i amb les seves famílies) que presenten un ús problemàtic i/o addicció a les tecnologies (majoritàriament de +14 anys, fins aproximadament els 23 anys). Té una durada entre 7 i 12 mesos.

EL TREBALL AMB LES FAMÍLIES

Un dels aspectes bàsics de la metodologia d'intervenció segons el MBPS, és la implicació i el protagonisme de la família en el procés de canvi (APH, 2015). Això implica treballar amb la família per fer-los participants del procés, per crear un entorn que fomenti l'equilibri entre la tecnologia i altres activitats, per proporcionar estratègies de suport i supervisió, com manejar els límits, etc.

Els objectius de la Intervenció amb les famílies, són:

- Disminuir l'estrès a la família i millorar la comunicació entre els seus membres.
- Reconstruir la confiança entre familiars, aconseguir empatia en lloc d'allunyament.
- Aprendre habilitats que permeten millorar la relació familiar i brindar-se suport mutu.
- Increment de la qualitat de vida de la família a través del suport d'una xarxa social sana.
- Augmentar el coneixement sobre l'ús que els adolescents fan de les tecnologies digitals.

Els continguts que es treballen amb les famílies, es desenvolupen al voltant de les temàtiques que es presenten a continuació:

- Adolescència i addiccions: conceptes bàsics sobre l'adolescència. Factors de risc i protecció, els adolescents i l'ús de la pornografia.
- Competències familiars: estils educatius, establiment de normes i límits, com aplicar conseqüències.
- Comunicació i suport emocional: com comunicar-nos amb el/la nostre fill/filla adolescent, com podem ajudar-los a gestionar les emocions, resolució de conflictes, violència filio-parental.
- Tecnologies digitals: videojocs, xarxes Socials, apostes en línia.
- Addiccions a substàncies: alcohol, tabac, i altres.

A través d'aquests continguts, els pares i mares van detectant les dificultats, però també van identificant els recursos que tenen per començar a fer les coses d'una altra manera. La majoria dels pares i mares comencen a assimilar que el problema pel qual van venir també té a veure amb ells. Però el que tenen clar és que es veuen a ells mateixos com una part imprescindible i indefugible de la solució i de l'evolució futura del seu fill o filla.

La intervenció amb les famílies es fa bàsicament a través de tallers grupals de psicoeducació (*Escola de suport familiar*) i entrevistes familiars en les quals es va realitzant periòdicament un seguiment dels objectius establerts, i proposant-ne de nous conjuntament amb els fills i els seus progenitors.

Quan el problema ho requereix, es valora passar a una segona estructura que s'anomena grup d'Autoajuda que consisteix en un grup de suport a pares i mares on es treballen objectius propis de cada família per tal d'aprofundir en la dificultat i abordar-la, igualment amb un enfocament grupal.

METODOLOGIA DE TREBALL AMB ELS/LES JOVES

En relació a la metodologia d'intervenció en l'abordatge de les addiccions, el MBPS assenyala, entre altres, el treball en grup com a eina fonamental, basat en la individualització dels processos (APH, 2015).

En relació als avantatges del treball grupal, hem de recordar que en moltes ocasions ens trobem amb persones joves desvinculades del tracte social cara a cara o abstretes en un món virtual de fantasia, de manera que el treball grupal activa la interacció cara a cara i fomenta el sentit de pertinença tan important en aquesta etapa, trencant la relació que tenia el/la jove amb la solitud (Pérez del Río & Markez, 2015).

Un cop els joves han identificat la seva responsabilitat sobre l'ús compulsiu i/o abús de les tecnologies, cal portar gradualment al grup a reconèixer els motius i/o les característiques que han contribuït a la seva propensió a la conducta additiva. Entre aquests motius, els més freqüents són: per conèixer i mantenir contacte amb persones, recerca de informació, etc., però també com un mitjà per aconseguir satisfacció immediata, per aconseguir reconeixement personal, per evadir-se de la realitat (González López et al., 2020), com un mitjà de regulació d'emocions a curt termini (Canale et al., 2022), etc.

Així doncs, es treballen els següents aspectes:

- Establiment de límits i normes: ajudar l'adolescent a establir límits clars sobre l'ús de la tecnologia. Això implica treballar amb l'adolescent i la família per establir pautes sobre el temps de pantalla, períodes lliures de dispositius i àrees lliures de tecnologia a la llar.
- Suport psicològic per abordar els factors emocionals i psicològics subjacents a la seva addicció tecnològica, com ara problemes d'autoestima, ansietat, depressió, dificultats socials, etc.
- Desenvolupament d'habilitats d'afrontament: ensenyar a l'adolescent habilitats d'afrontament saludables és fonamental per ajudar-lo a afrontar l'estrès, l'ansietat i altres desafiaments emocionals sense recórrer a l'ús excessiu de la tecnologia.
- Foment de connexions socials: és important construir i mantenir relacions socials fora de la pantalla. Això pot implicar animar al jove a participar en activitats extra curriculars, unir-se a grups comunitaris o passar temps de qualitat amb amics i familiars.
- Educació sobre l'ús saludable de la tecnologia: proporcionar informació i recursos sobre com fer servir la tecnologia de manera responsable i saludable, mantenint un equilibri en el temps en pantalla amb activitats fora de línia i establint límits digitals adequats.
- Treball en prevenció de recaigudes: maneig de situacions de risc. És important

estar atents als signes de recaiguda i brindar suport addicional segons calgui.

REPTES DE FUTUR

L'impacte en la salut mental i en el desenvolupament dels joves que té l'ús problemàtic de les TIC, planteja una sèrie de desafiaments que s'han d'abordar de manera efectiva. Alguns dels reptes més significatius poden ser els següents:

- Reconeixement i diagnòstic primerenc: identificar les addiccions tecnològiques en adolescents pot ser difícil a causa de la manca de consciència sobre el problema i l'absència de criteris diagnòstics clars. És fonamental desenvolupar eines d'avaluació efectives i capacitar professionals de la salut per reconèixer i abordar aquests problemes.
- Augment de la recerca: encara que les addiccions tecnològiques estan rebent més atenció, encara hi ha una bretxa en la investigació sobre les seves causes, conseqüències i tractaments efectius, especialment en adolescents. Cal més investigació per comprendre completament la naturalesa d'aquestes addiccions i desenvolupar estratègies d'intervenció adequades.
- Educació i conscienciació: tant els adolescents com els pares i els cuidadors necessiten estar més ben informats sobre els riscos associats amb l'ús excessiu de la tecnologia i com reconèixer els signes d'addicció. Es necessita una major educació i conscienciació a les escoles, comunitats i mitjans de comunicació per promoure un ús saludable de la tecnologia.

- Suport familiar i comunitari: el suport de la família i la comunitat hi juga un paper crucial en la recuperació dels adolescents amb addiccions tecnològiques. Es necessiten programes que involucrin pares, escoles, professionals de la salut i altres membres de la comunitat en el procés de tractament i recuperació.

- Regulació i responsabilitat: les empreses de tecnologia també tenen un paper a exercir en la prevenció de les addiccions tecnològiques, mitjançant la implementació de funcions de control parental, límits de temps de pantalla i eines de benestar digital als seus productes. A més, cal una major regulació governamental per protegir els adolescents de pràctiques comercials explotadores i contingut nociu en línia.

REFERÈNCIES

Arias Horcajadas, F., Orío Ortiz, L. (2024). *Guía Clínica sobre adicciones basada en la evidencia*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña Iglesias, E. et al (2011) *Manual de Adicciones para Psicólogos especialistas en Psicología Clínica en formación*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad. Socidrogalcohol.

Canale, N., Pancani, L., Pivetta, E., Moretta, T., Marino, C., Buodo, G., Vieno, A., Dalmaso, M., & Billieux, J. (2022). *Heterogeneity of smartphone impact on everyday life and its relationship with personality and psychopathology: a latent profile analysis*. Comprehensive Psychiatry, 120.

Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre (2015) *Proyecto Hombre: El Modelo bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco Teórico (MBPS)*. Asociación Proyecto Hombre.

Estévez -Gutiérrez, A.; Herrero- Fernández, D.; Sarabia- Gonzalvo, I; Jáuregui- Bilbao, P.

(2014) *El papel mediador de la regulación emocional entre el juego patológico, uso abusivo de Internet y videojuegos y la sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes*. Revista Adicciones Vol 26, Nº 4. Socidrogalcohol. Pág. 282-290.

González López, I., et al (2020). *Proyecto Hombre y el abordaje de las TIC en los programas de jóvenes: Resumen ejecutivo*. Grupo de Investigación Evaluación Educativa e Innovación; Asociación Proyecto Hombre.

Informe sobre Adicciones Comportamentales y otros trastornos adictivos 2023. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Pérez del Río, F.; Markez, I. (2015) *El proceso terapéutico. Tratamiento, terapias, fármacos y otras cuestiones en las adicciones*. Capítulo del libro Markez, I. (Coord) "Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva". Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015. ISBN: 978-84-95287-75-5. 560 pp.

EL PAPER DE LA PSICOLOGIA EN LA DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL

EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

THE ROLE OF PSYCHOLOGY IN INTELLECTUAL DISABILITY

CRISTINA MARQUÉS SANTANDREU

Psicòloga colegiada B-03388
Centro de Neurodesarrollo de la Fundación Nemo

SANDRA CONTI MAYANS

Psicòloga colegiada B-03718
Centro de Neurodesarrollo de la Fundación Nemo

IGNACIO SÁNCHEZ CUBILLO

Neuropsicòlego clínic.
Psicoterapeuta
Centro de Neurodesarrollo de la Fundación Nemo.
Red Menni de Daño Cerebral
Universitat Oberta de Catalunya

Contacte

Dr. Ignacio Sánchez Cubillo
isanchezcubillo@gmail.com

RESUM

En aquest article s'analitzen les diferents facetes del concepte de discapacitat intel·lectual, també denominat trastorn del desenvolupament intel·lectual. Es revisa el desenvolupament actual del terme, així com aspectes clínics i diagnòstics. A més, es presenta un model operatiu per a recollir la globalitat de la persona amb aquest diagnòstic, amb especial èmfasi en les àrees que concerneixen la psicologia. Finalment, s'inclouen aquelles aproximacions terapèutiques que la psicologia ha desenvolupat per a millorar la qualitat de vida dels pacients.

PARAULES CLAU: discapacitat intel·lectual, trastorn del desenvolupament intel·lectual, trastorns del neurodesenvolupament, cognició, conducta, família, intervenció psicològica, qualitat de vida

RESUMEN

En este artículo se analizan las diferentes facetas del concepto de discapacidad intelectual, también denominado trastorno del desarrollo intelectual. Se revisa el desarrollo actual del término, así como aspectos clínicos y diagnósticos. Además, se presenta un modelo operativo para recoger la globalidad de la persona con este diagnóstico, con especial énfasis en las áreas que atañen a la psicología. Por último, se incluyen aquellas aproximaciones terapéuticas que la psicología ha desarrollado para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: *discapacidad intelectual, trastorno del desarrollo intelectual, trastornos del neurodesarrollo, cognición, conducta, familia, intervención psicológica, calidad de vida*

ABSTRACT

This article analyses the different facets of the concept of intellectual disability, also known as intellectual developmental disorder. The current development of the term is reviewed, as well as clinical and diagnostic aspects. In addition, an operative model is presented to capture the globality of the person with this diagnosis, with special emphasis on the areas related to psychology. Finally, it includes those therapeutic approaches that psychology has developed to improve the quality of life of patients.

KEYWORDS: *Intellectual disability, Intellectual developmental disorder, neurodevelopmental disorders, cognition, behaviour, family, psychological interventions, quality of life*

1. INTRODUCCIÓN

La discapacidad intelectual (DI), también conocida como trastorno del desarrollo intelectual (TDI), es una condición del neurodesarrollo que afecta tanto al funcionamiento cognitivo general como a la conducta adaptativa (Schalock & Luckasson, 2018). Por un lado, dentro del funcionamiento cognitivo general, en la DI pueden encontrarse limitaciones en el razonamiento, planificación, pensamiento abstracto, resolución de problemas, juicio, aprendizaje académico y aprendizaje a partir de la experiencia (Gil Llario, 2024). Además,

por otro lado, las dificultades en las capacidades cognitivas mencionadas comprometen la capacidad de la persona para desenvolverse de manera independiente en su entorno cotidiano, afectando por tanto a su conducta adaptativa (Gil Llario, 2024).

Para su diagnóstico, las dificultades mencionadas deben ser confirmadas mediante la evaluación clínica y pruebas estandarizadas, así como presentarse durante el período de desarrollo de la persona (APA, 2022). Además, en base a los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales (DSM-V), se distinguen cuatro niveles de gravedad (leve, moderada, grave y profunda), en función de la puntuación de cociente intelectual (CI) y del nivel de limitación en las áreas comunicativa, de autonomía personal y en las habilidades sociales (APA, 2022).

La etiología de la DI es diversa. Cualquier patología que afecte al sistema nervioso central puede implicar la cristalización de un diagnóstico de DI (Arnedo y cols., 2015). Esto incluye tanto dificultades congénitas (por ejemplo, las alteraciones genéticas dan cuenta de 1797 trastornos relacionados con la DI [Maia y cols., 2021]), como adquiridas (daño cerebral adquirido, que incluye traumatismos craneoencefálicos, ictus, infecciones, tumores, etc. [Sánchez-Cubillo y cols., 2023]). En cualquier caso, debe señalarse que la DI siempre tiene un componente biológico de un desarrollo no normativo del sistema nervioso central (Nuno y cols., 2021).

En cuanto a los datos epidemiológicos, se estima que la prevalencia global de la DI es de aproximadamente entre el 1% y el 3% de la población mundial (Maulik y cols., 2011; Patel y cols., 2020). Sin embargo, se detectan diferencias entre regiones relacionadas tanto con el nivel socioeconómico, reportándose tasas de prevalencia más bajas en regiones de altos ingresos, como debidas a diferencias en las prácticas diagnósticas utilizadas (Nair y cols., 2023)

2. MARCO GLOBAL

Históricamente, la conceptualización de la discapacidad intelectual (DI) ha experimentado una evolución significativa en cuanto a su estudio y tratamiento. Inicialmente, la pers-

pectiva centrada en el cociente intelectual (CI), impulsada por autores como Grossman (Grossman, 1983), predominó al establecer niveles de gravedad en función de este indicador. Tanto el DSM-IV-TR (APA, 2000) como la CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 2016) adoptaron este criterio para clasificar la discapacidad intelectual. Sin embargo, el DSM-IV-TR introdujo un matiz importante al considerar el error típico de medida del CI, que suele oscilar alrededor de 5 puntos, reconociendo así la variabilidad inherente a las pruebas de inteligencia (APA, 2000).

No obstante, el DSM-5 marcó un punto de inflexión al abandonar la clasificación basada exclusivamente en el CI. En su lugar, adoptó un enfoque más holístico, que evalúa el funcionamiento adaptativo de la persona en tres dominios clave: conceptual, social y práctico (APA, 2022). Esta nueva perspectiva reconoce que la discapacidad intelectual implica limitaciones tanto en las habilidades cognitivas como en la capacidad para adaptarse a las demandas del entorno (Mattie et. al., 2023).

En la misma línea, la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD, 2021) propone un modelo funcional para entender y abordar la discapacidad intelectual. En lugar de centrarse exclusivamente en el cociente intelectual (CI), este enfoque enfatiza en el funcionamiento social de la persona como el factor clave para la evaluación y la intervención (AAIDD, 2021).

La AAIDD, además, concibe la discapacidad intelectual como un perfil único que requiere apoyos específicos. La organización destaca la importancia del contexto y la interacción entre la persona y su entorno (AAIDD, 2021). En este sentido, la discapacidad intelectual

no es un trastorno mental, sino un estado de funcionamiento que se origina en la infancia y se caracteriza por limitaciones tanto intelectuales como en habilidades adaptativas (APA, 2022).

Según la AAIDD (2021), las dificultades adaptativas son el parámetro más relevante para evaluar la discapacidad intelectual. Por lo tanto, el enfoque debe centrarse en ajustar el entorno a las necesidades y capacidades de la persona, con el objetivo de optimizar su desempeño. Este criterio de ajuste se basa en principios generales y considera los recursos de cada persona para enfrentar sus desafíos.

La AAIDD reconoce la diversidad de las inteligencias y la necesidad de una evaluación multidimensional que identifique tanto los puntos fuertes como las áreas que requieren mayor apoyo (AAIDD, 2021). Al proporcionar los apoyos adecuados, es posible mejorar significativamente la adaptación de las personas. Es importante destacar que la adaptación es un proceso dinámico y continuo, influenciado por las capacidades de la persona, el entorno y los apoyos recibidos (AAIDD, 2021).

En base a todo lo mencionado, el paradigma actual en la comprensión y abordaje de la discapacidad intelectual (DI) ha experimentado una transformación radical, alejándose de modelos médicos centrados en déficits hacia un enfoque biopsicosocial que sitúa a la persona en el centro (Zumárraga, 2023). Esta evolución viene de la mano de investigaciones como las de Shalock y Lucksson (2018), que reconocen la diversidad y el potencial de cada persona, más allá de su diagnóstico. La perspectiva de la AAIDD ha sido fundamental en este cambio, enfatizando la importancia de

los apoyos individualizados y la inclusión social (AAIDD, 2021).

Al adoptar un enfoque centrado en la persona, se establecen intervenciones personalizadas que buscan potenciar las fortalezas y promover la autonomía (Zumárraga, 2023). Este enfoque, junto con los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006), reconoce el derecho de las personas con DI a vivir la vida independiente y a participar plenamente en la sociedad. Investigaciones recientes han demostrado la eficacia de intervenciones basadas en la evidencia, como la terapia conductual aplicada y el entrenamiento en habilidades sociales, en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.

Esta nueva perspectiva pone en cuestión los estereotipos y las concepciones limitantes sobre la discapacidad, promoviendo la inclusión social (AAIDD, 2021). La inclusión no solo implica la presencia física, sino también la participación activa y significativa en todos los ámbitos de la vida. Además, el entorno familiar, social y comunitario juega un papel fundamental en el fomento de la autonomía y la calidad de vida (Patel & cols., 2020). La creación de entornos inclusivos y accesibles es esencial para garantizar la participación plena de las personas con DI (World Health Organization, 2011).

Por lo tanto, el marco actual de la discapacidad intelectual representa un avance significativo hacia una sociedad orientada a la inclusión. Al adoptar una perspectiva centrada en la persona, se promueve una visión que reconoce el potencial de cada persona y en la

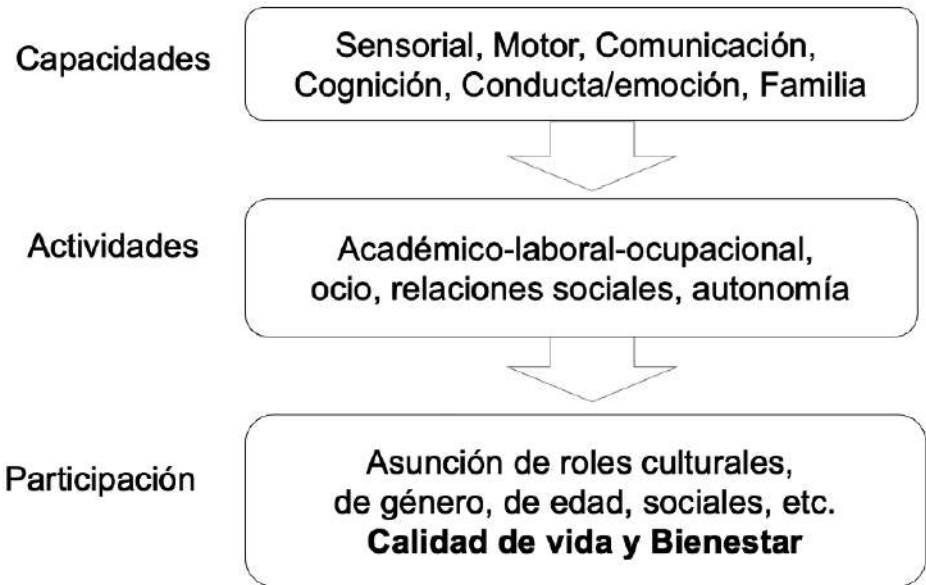
importancia de otorgar los apoyos personalizados (Zumárraga, 2023).

El abordaje de la DI desde la psicología debe encuadrarse dentro de un trabajo multidisciplinar y, para ello, es necesaria la compren-

sión global de la persona en el terreno de la intervención. Se puede plantear un marco de trabajo con dos niveles (capacidades y actividades), que permita dicho entendimiento (ver Figura 1).

Figura 1

Modelo de funcionalidad de la OMS. Inspirado y simplificado de (Organización Mundial de la Salud, 2001).



En lo que respecta al primer nivel, se encuentran las capacidades de movimiento. Tal y como se recoge en OMS (2001), dentro de estas capacidades se incluye la motricidad gruesa, que es el correr, saltar, etc. y la motricidad fina, que es el movimiento de los dedos, para escribir, abrocharse, etc. Además, también incluimos lo miofuncional, el movimiento de la boca, la lengua, etc. para articular las palabras, masticar, etc. (OMS, 2001). La fisioterapia es la disciplina que aborda estos pro-

blemas, aunque también reciben apoyo de la terapia ocupacional (para la motricidad fina) y la logopedia (para lo miofuncional).

Otras capacidades son las sensoriales. Además de los cinco sentidos clásicos hay otros menos conocidos. Uno de ellos es la propiocepción, que es la capacidad de saber cómo está situado nuestro cuerpo sin mirarlo. Otro sentido poco conocido es el sentido del equilibrio o vestibular, que nos ayuda a entender

la gravedad. Además, tenemos la llamada integración sensorial, que es la capacidad que tiene el cerebro para engranar y relacionar bien toda la información que le llega de los sentidos, especialmente lo visual y vestibular (OMS, 2001). Más allá de los aspectos médicos, la terapia ocupacional suele abordar las dificultades en estos aspectos.

Por otra parte, se incluyen las capacidades de comunicación (OMS, 2001). Aquí se halla la comunicación verbal: leer, escribir, entender y hablar, así como la articulación y la emisión correcta de la voz. La comunicación no verbal es otro de los aspectos a considerar: los gestos, entender las emociones en la cara del otro, etc. La comunicación alternativa y aumentativa serán estrategias a considerar cuando existe un problema en otras modalidades de transmisión de la información. Este dominio suele ser el área de trabajo propia de la logopedia.

En cuarto lugar tenemos las capacidades cognitivas (OMS, 2001), siendo ésta el área estrella de la neuropsicología. Aquí incluimos los procesos atencionales, la memoria, las praxias, las gnosias, las capacidades visoespaciales, el cálculo, las funciones ejecutivas y la cognición social, fundamentalmente (Pardos, 2019).

Por otra parte, situamos en este nivel de análisis la conducta y las emociones (OMS, 2001). Estas son las capacidades de portarnos bien, seguir las normas, obedecer, adecuar el comportamiento al contexto, pero también de estar motivados, tener una buena actitud, ser colaboradores y proactivos, etc. (Pardos, 2019). Lo emocional incluye el tener emociones sanas: no estar deprimido (aunque se pueda estar triste), no tener rabia (aunque

se pueda estar enfadado), tener una buena autoestima, etc. La psicología tiene aquí un papel fundamental.

Además de todo esto, incluimos a la familia (OMS, 2001), a la que consideramos como una capacidad más de las personas para desarrollarse y adaptarse al entorno, especialmente en los casos de DI infantil (Zumarraga, 2023). Este trabajo lo dividimos en tres partes (Bruna y cols., 2011). En primer lugar, la familia debe tener una información completa del estado que presenta el paciente y de la naturaleza e impacto de las dificultades existentes. En segundo lugar, se incluye la co-terapia, o capacidad de las familias para ayudar, enseñar y practicar en el hogar lo aprendido en las terapias, de modo que se generalice más lo adquirido. La tercera parte es el propio cuidado emocional de la familia (padres, hermanos, abuelos, etc.). El problema que tiene el paciente afecta a todos. Por ejemplo, se sabe que el estado emocional de los padres influye directamente en las emociones y conducta del niño. Así, es necesario que la familia esté bien para que el niño esté bien. De nuevo, la psicología será la disciplina que puede realizar una mayor contribución en estos aspectos.

Todas estas capacidades son muy importantes, pero, sobre todo, lo son para llegar al siguiente nivel, el de las actividades (OMS, 2001). Dentro de las actividades, tenemos la autonomía, que incluye todo lo relacionado con la independencia de la persona: ir al aseo, comer, vestirse, asearse, desplazarse por el interior de la casa, etc. También incluyen actividades más complejas, como ir solo por la calle, coger transporte público, hacer las actividades domésticas, cocinar, utilizar dinero, hacer compras, manejar aparatos, etc.

Otra de las actividades es lo que llamamos actividad productiva (OMS, 2001), que en los adultos es el trabajo, centros de día, talleres ocupacionales, etc., y en los niños es el colegio. Es el lugar donde nos sentimos útiles, tenemos unos compañeros, unas normas y obligaciones, nos da una estructura en el día, con un horario, etc.

También se comprenden en las actividades las relaciones sociales, que incluyen a los amigos, así como la interacción social con otras personas (OMS, 2001).

Por último, tenemos el ocio (OMS, 2001), que en los niños es, sobre todo, el juego, pero también el deporte, la música, el arte, etc.

3. ÁREAS DE TRABAJO DESDE LA PSICOLOGÍA

El perfil de afectación de cada persona es único, ya que no hay dos cerebros que se puedan afectar exactamente igual (Arnedo & cols., 2015). De este modo, las descripciones generales de los problemas propios de la DI no pueden ser más que una orientación sobre las áreas a considerar. A continuación, se desglosan los problemas más habituales.

3.1. Cognición

En el terreno de lo cognitivo, de forma casi omnipresente en todas las alteraciones que implican al sistema nervioso central, encontramos los problemas en los procesos atencionales y en las funciones ejecutivas (Gil Llario, 2024). La frontera entre ambos constructos es difusa, pero de un modo simplificado podemos dividir los procesos participantes en atención sostenida (capacidad de tener el foco atencional en una tarea durante

un tiempo determinado), atención selectiva (mantener el foco en una tarea ignorando distractores irrelevantes), atención alternante (mover el foco de una tarea a otra), control inhibitorio (ignorar estímulos relevantes, pero no pertinentes), flexibilidad (aceptar cambios en las rutinas, abordar imprevistos, considerar alternativas), memoria operativa (mantener y manipular información mentalmente) y planificación (organizar los pasos para resolver una tarea) (Sohlberg & Mateer, 2001). Todos estos procesos toman parte en aquellas tareas que no son automáticas, sino que requieren un grado de consciencia para su realización (actividades novedosas, peligrosas, etc.) (Forn Frias, 2020).

De un modo menos universal, pero también frecuente, se hallan procesos como la memoria a largo plazo (verbal y visual, episódica y semántica, autobiográfica), las gnosias (reconocimiento de los objetos a través de la visión o de la audición), las praxias (realización de movimientos coordinados con un fin), las capacidades visoespaciales (entender el espacio y saber mover el propio cuerpo en él) y la cognición social: reconocimiento de expresiones emocionales en rostros y la voz del otro, empatía (sentir la misma emoción que el otro) y mentalización o teoría de la mente (entender los estados mentales del otro) (Gil Llario, 2024).

La afectación particular de estos procesos debe ser evaluada mediante tests estandarizados y escalas observacionales ecológicas, que manifiesten el funcionamiento cognitivo en la vida cotidiana, es decir, en el nivel de las actividades (Gil Llario, 2024). El perfil personal de afectación y de puntos fuertes será único en cada caso y condicionará la funcionalidad del individuo en asociación con el resto de

elementos biopsicosociales y contextuales (Arnedo & cols., 2015).

3.2. Conducta y aspectos emocionales

El comportamiento adaptativo, el cumplimiento de normas, la participación activa, etc. son diferentes maneras de referirse a lo que podemos denominar de un modo general conducta adecuada. Es habitual que la cristalización de problemas en esta esfera incluya negativismo, oposicionismo, conductas desafiantes, inadecuación social, falta de participación, etc. (Mimentza & Quemada, 2011).

Por otra parte, las alteraciones emocionales más frecuentes en DI son la irritabilidad, agresividad, apatía (falta de ideación, de conducta espontánea y aplanamiento afectivo), miedos excesivos, baja tolerancia a la frustración, etc. (Gil Llario, 2024).

Su afectación normalmente tiene origen en la relación entre los aspectos biopsicosociales, contextuales, familiares, etc. Es decir, no es únicamente la afectación cerebral, sino que es su interacción con el entorno lo que puede generar dichos problemas (Zumárraga, 2023).

3.3 Familias

Es fundamental entender que la DI no es una cuestión que afecta sólo al individuo, sino que todo el sistema familiar se ve implicado (Bruna y cols., 2011). Este papel incluye elementos que potencian el impacto de los problemas neurológicos: p. ej. una inadecuada capacidad de manejo de los retos que plantea la persona diagnosticada, falta de comprensión de la naturaleza de los problemas, exigencias poco ajustadas, sobreprotección,

etc. Otros fenómenos están relacionados con el sufrimiento de los allegados del individuo: p. ej. padecimiento de estrés, sobrecarga, ansiedad, depresión, miedos, etc. (Zumárraga, 2023). Resulta imprescindible comprender esta interacción y planificar las intervenciones incluyendo a todas las personas que están en la vida del afectado (Bruna y cols., 2011).

3.4 Contribución a otras áreas: autonomía, actividad productiva, ocio, relaciones sociales

Existen áreas de trabajo que son propias de otras disciplinas, como la autonomía, y otras que no son específicas de una profesión, sino que todas pueden participar en su mejoría, como la actividad productiva, el ocio o las relaciones sociales (OMS, 2001).

En el terreno de la autonomía, la psicología puede contribuir a entender por qué la persona no es capaz de realizar una actividad concreta (o qué procesos implicados están afectados) y, especialmente, por qué el individuo no lleva a cabo la acción cuando sí es capaz de realizarla. En este sentido, los problemas conductuales, por parte del paciente, y la sobreprotección, por parte de la familia, suelen ser los motivos más habituales (Gil Llario, 2024). En ambos casos, la psicología cuenta con herramientas para facilitar la resolución de estas dificultades.

En la esfera productiva (escuela, trabajo, actividad ocupacional) la psicología contribuye mediante la correcta comprensión de los problemas del individuo y, sobre todo, de su impacto en las actividades a realizar (OMS, 2021). De esta forma, puede aportar pautas y estrategias de manejo a los profesionales de estos contextos, siempre con el objetivo

de colaborar y facilitar la labor de estos trabajadores desde una posición de respeto y humildad.

En lo social, la labor psicológica, en muchas ocasiones en colaboración con la logopedia, aborda las habilidades sociales, saber cómo comunicar y entender a los demás, el trabajo y el juego en equipo, etc.

4. ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Tal y como se ha comentado con anterioridad, las áreas de trabajo en la DI previamente descritas únicamente sirven como línea de orientación, ya que cada perfil de afectación es único e influye en múltiples áreas interrelacionadas. Por ello, la intervención, además de llevarse a cabo de manera interdisciplinar, deberá ser planificada de manera personalizada sobre la base de una evaluación exhaustiva previa (Gil Llario, 2024). La evaluación debe considerar todas las áreas del marco de trabajo global, así como su interacción entre ellas. Además, lo fundamental es analizar el impacto en la vida de las personas que tiene el nivel de capacidad y de afectación particular. De hecho, las guías de buenas prácticas recomiendan la intervención centrada en la persona y en la familia (Zumárraga, 2023), con el objetivo de establecer estrategias que empoderen a las personas y lograr una intervención ecológica y funcional que promueva la autonomía personal y la participación social, con el fin último de potenciar la calidad de vida.

Anderson y colaboradores (2018) recogen algunas técnicas de intervención aplicables a todas las personas con TDI, de manera personalizada (Zumárraga, 2023).

Por un lado, recomienda la intervención cognitiva directa mediante ejercicios concretos en la restauración de las funciones cognitivas afectadas. Es decir, la práctica intensiva de una capacidad genera una mejoría en ella. Además, se deben utilizar técnicas compensatorias (utilizar una capacidad cognitiva -p. ej. el lenguaje- para compensar un déficit en otra -p. ej. la atención-), que ayuden a disminuir el déficit cognitivo en la vida diaria. Por último, existen estrategias de sustitución de la función por ayudas externas (p. ej. el uso de una agenda para solventar problemas de memoria). Para una revisión introductoria sobre las estrategias más eficaces se remite a Sohlberg & Mateer (2001), a Halligan & Wade (2005), así como a los trabajos de De Noreña (2010a y 2010b).

Por otra parte, es imprescindible la psicoeducación a la familia y escuela, proporcionando información sobre las dificultades detectadas y las técnicas de intervención y estrategias a llevar a cabo desde todos los terrenos, incluidas en la familia y en la escuela (Sohlberg & Mateer, 2001). Asimismo, será muy importante llevar a cabo una intervención coordinada desde todos los ámbitos con el objetivo de generalizar los aspectos trabajados.

Cabe añadir la importancia de llevar a cabo una modificación del entorno, la cual consiste en realizar cambios en el ambiente físico del niño, como reducir tareas, utilizar señales o ayudas externas, así como simplificar tareas que le ayuden, entre otras cosas, a aumentar su autonomía personal (Anderson y cols., 2018; citado en Zumárraga, 2023). En esta labor es conveniente contar con la colaboración de la terapia ocupacional, disciplina experta en modificaciones ambientales.

Asimismo, en muchas ocasiones será importante la utilización de técnicas de modificación de conducta para reducir las posibles conductas inadecuadas y fomentar las adaptativas (Forn Frias, 2020). Este tipo de intervenciones debe hacer mucho énfasis en el control de antecedentes, y no únicamente en la aplicación de consecuencias (Muñoz & Tirapu, 2001).

Por último, cabe mencionar el uso de intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a trabajar el ámbito socioemocional, tanto a la persona con diagnóstico como a su familia (Zumárraga, 2023). Estas intervenciones incluyen necesariamente la no confrontación directa, el establecimiento de una fuerte alianza terapéutica, la escucha activa, contención, elaboración del duelo, reestructuración cognitiva y desarrollo de una historia coherente e integrada (Mimentza & Quemada (2011).

5. CONCLUSIONES

En las últimas décadas, la discapacidad intelectual (DI), como condición heterogénea y compleja, ha sido objeto de un creciente interés desde diversas disciplinas y, especialmente, desde la psicología. El enfoque de estudio y comprensión ha ido evolucionando desde una visión centrada en el cociente intelectual (CI) hacia un modelo biopsicosocial, enfocándose en la consideración de la inclusión de apoyos individualizados, en el funcionamiento adaptativo a su entorno y en la inclusión social de la persona (Shacklock & Luckasson, 2018). Esta transición ha sido respaldada por los marcos conceptuales como el DSM-5 (APA, 2022) y las directrices de la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD, 2021), que han impulsado la búsqueda de intervenciones más personali-

zadas y centradas en la persona, reconociendo la importancia del contexto y los apoyos necesarios para optimizar la calidad de vida.

A pesar de los avances logrados en la investigación, la comprensión y el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia, aún persisten brechas significativas. La heterogeneidad inherente de la DI representa una de las principales barreras para la aplicación de intervenciones eficaces que aborden las necesidades de la persona de manera integral (Patel et al., 2020). Por otro lado, la falta de recursos y la estigmatización social continúan siendo obstáculos importantes para la plena inclusión de las personas con discapacidad intelectual. Todos estos factores suponen obstáculos que impiden que muchas personas con DI alcancen su máximo potencial (Zumárraga, 2023).

Es fundamental continuar investigando en la comprensión de las bases neurobiológicas de la DI, todo ello permitirá el desarrollo de intervenciones más específicas y eficaces (Mattie et al., 2023). Además, resulta esencial seguir promoviendo políticas inclusivas que garanticen el acceso equitativo a recursos y servicios para las personas con discapacidad intelectual, favoreciendo su participación activa en la sociedad (Naciones Unidas, 2006). A partir de los enfoques interdisciplinarios y una atención centrada en la persona se podrán superar las barreras actuales y fomentar un entorno más inclusivo con respecto a la diversidad de las capacidades humanas (Shacklock & Luckasson, 2018).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Publishing.
- Arnedo, M., Bembibre, J., Montes, A., & Triviño, M. (2015). *Neuropsicología Infantil: A través de casos clínicos*. Madrid: Panamericana.
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. (2021). *Discapacidad intelectual: Definición, diagnóstico, clasificación y sistemas de apoyo* (12ª ed.). TEA Ediciones.
- Bruna, O., Junqué, C., Pérez, C., Mataró, M., Subirana, J., Aramburu, I., & Macias, C. (2011). La familia en el proceso de rehabilitación neuropsicológica. En O. Bruna, T. Roig, & Á. Ruano (Eds.), *Rehabilitación neuropsicológica* (pp. 397-415). Elsevier España.
- De Noreña, D., Ríos-Lago, M., Bombín-González, I., Sánchez-Cubillo, I., García-Molina, A., & Tirapu-Ustárriz, J. (2010a). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (I): atención, velocidad de procesamiento, memoria y lenguaje. *Rev Neurol*, 51(11), 687-98. <https://doi.org/10.33588/rn.5111.2009652>
- De Noreña, D., Sánchez-Cubillo, I., García-Molina, A., Tirapu-Ustárriz, J., Bombín-González, I., & Ríos-Lago, M. (2010b). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (II): funciones ejecutivas, modificación de conducta y psicoterapia, y uso de nuevas tecnologías. *Rev Neurol*, 51(733), 44. <https://doi.org/10.33588/rn.5112.2009653>
- Forn Frias, C. (2020). *Manual de neuropsicología*. Ediciones Pirámide.
- Gil Llarío, M. D. (2024). Discapacidad intelectual. En I. Fajardo Bravo & C. Ferrer Pérez (Eds.), *Trastornos del neurodesarrollo: desde la práctica hacia la teoría* (pp. 17-39). Ediciones Pirámide.
- Grossman, H. J. (1983). *Classification in mental retardation*. American Association on Mental Deficiency.
- Halligan, P. W., & Wade, D. T. (Eds.). (2005). *The effectiveness of rehabilitation for cognitive deficits*. Oxford University Press.
- Mattie, L. J., Loveall, S. J., Channell, M. M., & Rodgers, D. B. (2023). Perspectives on adaptive functioning and intellectual functioning measures for intellectual disabilities behavioral research. *Frontiers in Psychology*, 14, 1084576. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1084576>
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419-436. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
- Mimentza, N., & Quemada, J.I. (2011). Tratamiento de los trastornos emocionales y de

la conducta en pacientes con daño cerebral. En O. Bruna, T. Roig, & À. Ruano (Eds.), *Rehabilitación neuropsicológica* (pp. 245-256). Elsevier España.

Muñoz, J. M., & Tirapu, J. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Editorial Síntesis.

Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

Nair, R., Chen, M., Dutt, A. S., Hagopian, L., & Singh, A. (2023). Significant regional inequalities in the prevalence of intellectual disability and trends from 1990 to 2019: A systematic analysis of GBD 2019. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e67. <https://doi.org/10.1017/S2045796023000678>

Nuno Maia, N., Nabais Sá, M. J., Melo-Pires, M., Arjan P. M. de Brouwer, A. P. M., & Jorge, P. (2021). Intellectual disability genomics: current state, pitfalls and future challenges. *BMC Genomics*, 22, 909. <https://doi.org/10.1186/s12864-021-08227-4>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). WHO.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), 10ª revisión*. OMS. <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

Pardos, A. (2019). *Intervención neuropsicológica infantil* (1ª ed.). Editorial Síntesis.

Patel, D.R., Cabral, M.D., Ho A., & Merrick, J. (2020). A clinical primer on intellectual disability. *Transl Pediatr*, 9 (Suppl 1), S23–S35. <https://doi.org/10.21037/tp.2020.02.02>

Sánchez-Cubillo, I., Campo Berasoaín, A., & Carbonero Santaella, A. (2023). En I. Onandia-Hinchado, & A. F. Del Olmo (Eds.), *Manual de neuropsicología infanto-juvenil* (2ª ed., pp. 541-600). Psara Ediciones.

Schalock, R. L., & Luckasson, R. (2018). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of support* (13th ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. <https://doi.org/10.1037/0000194-002>

Sohlberg, M., & Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. Guildford Press.

Zumárraga, L. (2023). Trastorno del desarrollo intelectual. En I. Onandia-Hinchado & A. F. Del Olmo (Eds.), *Manual de neuropsicología infanto-juvenil* (2ª ed., pp. 405-450). Psara Ediciones.

PREMIS D'INVESTIGACIÓ

PRIMER PREMI D'IMPLEMENTACIÓ I DIVULGACIÓ DE PRÀCTIQUES PROFESSIONALS INNOVADORES EN PSICOLOGIA EN L'ÀMBIT DE LES ILLES BALEARS

HACIA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: LA NEUROPSICOLOGÍA COMO DISCIPLINA CLAVE EN SU ABORDAJE INTEGRAL

El trabajo presentado da respuesta a las siguientes líneas estratégicas desarrolladas por el Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares (COPIB):

- Promoción y mejora de los conocimientos teóricos y prácticos que permitan un mayor desarrollo de la Psicología.
- Fomento y apoyo a la investigación de la ciencia psicológica, su divulgación y comunicación.
- Promoción, fomento y divulgación de la Psicología en toda su extensión científica y profesional.

Antònia Siquier Perelló

Psicòloga colegiada B-03656

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICO- NEUROPSICOLÓGICO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

RESUM

La malaltia de Parkinson (EP) és una de les malalties neurodegeneratives més freqüents, afectant a més de 8.5 milions de persones a nivell mundial. Més enllà dels clàssics símptomes motors, la EP compren una gran varietat de símptomes no motors que impacten negativament a la qualitat de vida del pacient i els seus familiars. Entre ells, els dèficits cognitius, molt comuns fins i tot en el moment del diagnòstic, són un dels símptomes més incapacitants. La gran heterogeneïtat en termes de presentació, severitat i progressió fa que el seu estudi i abordatge sigui tot un repte. Així doncs, una caracterització és crucial per proporcionar el tractament més adequat en cada pacient i optimitzar la seva qualitat de vida.

El nostre objectiu és transferir els mètodes actuals de primera línia en neuropsicologia per una identificació precoç dels dèficits cognitius en la EP, caracteritzar-los i millorar l'assignació dels pacients als tractaments més adequats en cada cas. Per tant, l'ambició general és proporcionar un protocol neuropsicològic emmarcat en un pla multidisciplinari que s'integraria fàcilment amb els procediments diagnòstics de deteriorament cognitiu lleu en EP en la pràctica clínica rutinària. Aquest protocol oferirà informació de gran valor sobre la detecció primerenca i la caracterització, així com el disseny d'intervencions personalitzades centrades en les necessitats de cada pacient. Per tant, la seva implementació ajudarà a avançar significativament en la nostra comprensió i maneig del deteriorament cognitiu de malalties neurodegeneratives de complexa diagnòstic, amb implicacions directes per a la pràctica clínica i el coneixement científic.

PARAULES CLAU: Malaltia de Parkinson; avaluació neuropsicològica; fenotips cognitius; protocol neuropsicològic, detecció precoç.

RESUMEN

La enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativas más frecuente después del Alzheimer. Más allá de los clásicos síntomas motores, los déficits cognitivos, muy comunes incluso en el momento del diagnóstico, constituyen una de las manifestaciones no motoras más importantes e incapacitantes. Su gran heterogeneidad en términos de presentación, severidad y progresión hacen que su abordaje sea todo un reto. Es por ello por lo que una caracterización temprana del deterioro cognitivo resulta crucial para proporcionar el tratamiento más oportuno en cada paciente y optimizar su calidad de vida.

El presente trabajo pretende transferir los métodos actuales de vanguardia en neuropsicología que permitan identificar tempranamente los déficits cognitivos en la EP, caracterizarlos y mejorar la asignación de los pacientes a tratamientos individuales. Por lo tanto, la ambición general es proporcionar un protocolo neuropsicológico que se integraría fácilmente con los procedimientos diagnósticos de deterioro cognitivo asociado a la EP en la práctica clínica rutinaria. Este programa pone en relevancia la urgente necesidad y pertinencia de incluir la neuropsicología dentro del Servicio Público de Salud con el fin de promover la atención oportuna a las demandas de las personas con enfermedades neurodegenerativas.

Este protocolo ofrecerá información valiosa sobre la detección y definición temprana del deterioro cognitivo, para el diseño de intervenciones personalizadas centradas en las necesidades del paciente. Por lo tanto, su implementación ayudará a avanzar en nuestra comprensión y manejo del deterioro cognitivo enfermedades neurodegenerativas de complejo diagnóstico, con implicaciones directas para la práctica clínica y el conocimiento científico.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Parkinson; evaluación neuropsicológica; fenotipos cognitivos; protocolo neuropsicológico, detección precoz

ABSTRACT

Parkinson's disease (PD) is one of the most common neurodegenerative diseases, affecting over 8.5 million people worldwide. Beyond the classic motor symptoms, cognitive deficits, often present even at the time of diagnosis, are among the most important and devastating non-motor features in PD. The great heterogeneity in terms of presentation, severity, and progression makes challenging its study and management. Therefore, an early characterization of cognitive impairment is crucial to provide the most appropriate treatment for each patient and optimize their quality of life.

This work aims to transfer cutting-edge methods in neuropsychology to enable an early identification and characterization of cognitive deficits in PD, ultimately improving the allocation of patients to individualized treatments. Hence, the overall ambition is to provide a neuropsychological protocol that will be easily integrated with routine clinical diagnostic procedures for cognitive impairment associated with PD. This program underscores the urgent need and relevance of incorporating neuropsychology into public health services to promote timely attention to the demands of individuals with PD and other neurodegenerative diseases. The proposed protocol will offer valuable information on early detection, characterization, and the design of personalized interventions tailored to the patient's needs. Therefore, its implementation will significantly contribute to advancing our understanding of cognitive impairment in PD, with direct implications for clinical practice and scientific knowledge.

KEYWORDS: *Parkinson's disease; neuropsychological protocol; cognitive impairment, cognitive phenotypes, early detection*

PRÓLOGO

Los trastornos del movimiento constituyen un conjunto heterogéneo de enfermedades, entre las que la enfermedad de Parkinson (EP) destaca por su elevada prevalencia e impacto sociosanitario.

Según la Organización Mundial de la Salud, la EP es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común después del Alzheimer, con una prevalencia que crece exponencialmente junto con el envejecimiento de la población. Es de destacar que la EP es el trastorno neurológico de más rápido crecimiento en todo

el mundo en términos de prevalencia, discapacidad relacionada y mortalidad, por lo que ha emergido como un grave problema de salud pública. Más allá de la visión sesgada como únicamente un trastorno motor, su gran complejidad y variabilidad en la presentación clínica hace que sea esencial una evaluación exhaustiva para adaptar estrategias de manejo y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

La evaluación neuropsicológica abarca la valoración de aspectos de índole cognitivo, comportamental y afectivo. No se reduce solamente en administrar pruebas que miden

funciones cognitivas y sus procesos subyacentes, sino que atendemos al impacto a nivel comportamental, afectivo y funcional diario. La evaluación neuropsicológica es, por tanto, una tarea compleja que requiere un conocimiento profundo de las funciones cognitivas, así como la capacidad de interpretar los resultados de manera precisa y comprender su interrelación. Un psicólogo especializado en neuropsicología está específicamente formado para llevar a cabo este tipo de evaluaciones. Se trata de profesionales que no solo cuentan con conocimientos sólidos sobre la anatomía y fisiología del cerebro, sino que también tienen experiencia en la administración e interpretación de una variedad de pruebas neuropsicológicas. Además, están capacitados para considerar factores emocionales, sociales y conductuales en la evaluación, brindando una perspectiva completa.

La capacitación especializada permite al neuropsicólogo identificar patrones específicos en el rendimiento cognitivo, determinar la presencia de posibles lesiones cerebrales o trastornos neuropsiquiátricos, y entender cómo estos afectan la vida diaria del individuo.

Por lo tanto, es crucial que la evaluación neuropsicológica sea realizada por un profesional con la formación adecuada en neuropsicología, ya que esto garantiza la precisión en la recopilación de datos y la formulación de recomendaciones y estrategias de intervención que sean efectivas y adaptadas a las necesidades individuales del evaluado.

RESUMEN AUDIENCIA NO EXPERTA

El deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson (EP) es muy heterogéneo en cuanto a dominios, gravedad y tasa de progresión. A

pesar de que dos pacientes pueden presentar dificultades cognitivas, sus patrones cognitivos y los mecanismos subyacentes involucrados pueden ser diferentes, lo que implica que un tratamiento beneficioso para un paciente puede no ayudar a otro paciente. Por lo tanto, una identificación temprana y precisa de los déficits cognitivos y la detección de pacientes en riesgo de demencia es crucial para comprender mejor los riesgos y diseñar intervenciones personalizadas en cada paciente.

Este protocolo de evaluación abrirá camino hacia un nuevo enfoque clínico y neuropsicológico que se puede integrar e interpretar en una amplia gama de datos (cognitivos, clínicos, biológicos, de neuroimagen) para identificar, definir y diferenciar el deterioro cognitivo en la EP de otras condiciones neurodegenerativas, así como identificar los factores que contribuyan a una progresión más rápida y/o peor calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

ESTADO DEL ARTE

La enfermedad de Parkinson (EP) es el trastorno neurológico crónico y progresivo de más rápido crecimiento a nivel mundial en términos de prevalencia, discapacidad y mortalidad [1]. Actualmente, se trata de la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente después de la Enfermedad de Alzheimer (EA). Las estimaciones de población apuntan que en España afecta entorno a 300.000 personas, cifra que se duplicará en 20 años y se triplicará en 2050 [2].

Clínicamente, el criterio diagnóstico esencial es la presencia de parkinsonismo, que incluye bradicinesia acompañada de rigidez, temblor en reposo o inestabilidad postural [3].

Sin embargo, más allá de la visión de la EP como un trastorno puramente motor, la EP se asocia con una amplia gama de síntomas no motores (SNM), como alteraciones en el sueño, afectivas (depresión, ansiedad, apatía), autonómicas y conductuales, que interfieren negativamente en la vida del paciente y familiares [4,5]. De entre ellos, el deterioro cognitivo (DC) es una de las manifestaciones no motoras más frecuentes e incapacitantes de la EP [6], con una baja respuesta al tratamiento farmacológico habitual [7] (ver Figura 1). En el momento del diagnóstico, más del 25.8% presenta deterioro cognitivo leve (DCL-EP) [6]

y hasta la mitad desarrollará demencia (PDD) dentro de los 10 años posteriores al diagnóstico [8].

La presencia de PDD conduce a una peor calidad de vida, más alteraciones neuropsiquiátricas y motoras, mayor carga para los cuidadores, mayores recursos socioeconómicos y mortalidad [9,10]. Por lo tanto, la detección y caracterización precoz del daño cognitivo mediante una adecuada evaluación neuropsicológica resulta fundamental para predecir el deterioro futuro y proporcionar la atención clínica más adecuada.

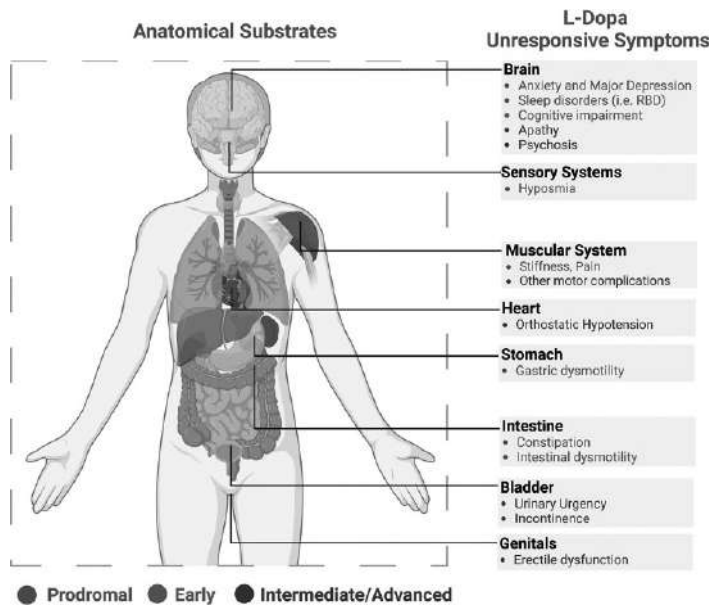


Figura 1. Regiones anatómicas y los síntomas relacionados con la L-dopa que no responden o responden parcialmente. Los colores se refieren al estadio de la enfermedad. Extraído de Antonini et al., (2023) [7]. DOI: 10.1002/mdc3.13786

Considerando la importancia de la identificación precoz del DCL en la EP, la Sociedad Internacional de Trastornos del Movimiento

(MDS, por sus siglas en inglés), estableció unas guías con unos criterios clínicos para su diagnóstico [11] (criterios dx detallados en

Anexo I). Aunque debería ser parte de la atención clínica rutinaria, en Baleares no se realiza regularmente. El DCL en la EP se define como una disminución insidiosa de las funciones cognitivas reportada por el paciente, cuidador u observada por el clínico, no causada por otras comorbilidades. A diferencia de la demencia (PDD) [12], el deterioro cognitivo no es suficientemente severo para afectar a la independencia funcional básica del paciente, pero sí que pueden afectar a las capacidades funcionales instrumentales.

Estos cambios cognitivos sutiles, en muchos casos, pueden pasar inadvertidos o el paciente los puede normalizar. Al ser clínicamente difíciles de capturar, se requiere una evaluación neuropsicológica formal [13]. Según los criterios de la MDS [11], el diagnóstico de DCL-EP puede realizarse mediante una evaluación cognitiva abreviada (Nivel I), basada en una escala validada en EP para evaluar el

rendimiento cognitivo global, o en una evaluación neuropsicológica más detallada (Nivel II) que permite la evaluación exhaustiva de todos los dominios cognitivos. Ambos niveles de evaluación son válidos para el diagnóstico de DCL-PD, pero difieren en cuanto al método de evaluación, el nivel de certeza diagnóstica y el alcance de la caracterización clínica (el nivel I no permite la caracterización del DCL).

A diferencia de la EA, la gran heterogeneidad en cuanto a dominios afectados, gravedad y tasa de progresión hacen que el patrón cognitivo de los pacientes con EP sea muy variable y dificulta establecer una trayectoria precisa [5,6,14] (ver Figura 2). Más allá del síndrome disejecutivo prototípico secundario a la neuropatología fronto-estriatal, a menudo se observan déficits tempranos en la memoria, el lenguaje y las habilidades visuoespaciales que se han asociado con una rápida conversión a PDD [8, 15,16].

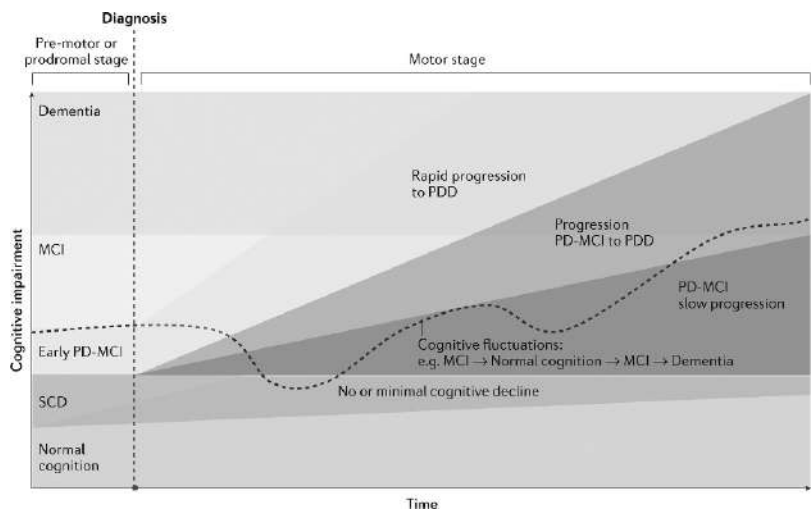


Figura 2. Espectro y heterogeneidad de la progresión del deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson. El DCS o el deterioro cognitivo leve (MCI) pueden aparecer años o incluso décadas antes del diagnóstico de la enfermedad de Parkinson con

una tasa de progresión altamente variable. En algunos pacientes, también pueden ocurrir fluctuaciones cognitivas durante el curso de la enfermedad. Por ejemplo, los pacientes con DCM en la enfermedad de Parkinson pueden revertir a una cognición normal y desarrollar deterioro cognitivo más tarde. Estas fluctuaciones cognitivas suelen ir acompañadas de la progresión motora y la aparición de síntomas no motores adicionales. DCS, Declive cognitivo subjetivo; DCL, Deterioro cognitivo leve; DPM, Demencia de la enfermedad de Parkinson. Extraído de Aarsland et al. (2021). <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00280-3>

La amplia constelación de déficits cognitivos refleja que el DCL en la EP no es una entidad uniforme [13]. Entre otros factores, dificulta la existencia de una batería neuropsicológica consensuada óptima. Sin embargo, múltiples instrumentos han demostrado una alta sensibilidad para la detección de identificación precoz de DCL en EP, han sido validados y/o son específicos para evaluar el funcionamiento cognitivo en la EP [17,18]. En base a estas consideraciones, nuestro proyecto surge de la necesidad de definir mejor los perfiles cognitivos en la EP y la naturaleza de sus déficits mediante la propuesta de un protocolo de evaluación neuropsicológica exhaustiva que considere todas las posibles esferas afectadas a nivel cognitivo, comportamental y emocional. Es importante destacar que resulta especialmente relevante en nuestra comunidad autónoma, ya que, además de no contar con la figura del neuropsicólogo en la práctica clínica habitual, llama la atención que tampoco se está siguiendo una estrategia de evaluación sistematizada para la detección temprana del DCL. La aplicación de instrumentos de evaluación distintos, incluso entre neurólogos del mismo equipo [algunos de los cuales (ej. Minimental test) han demostrado una baja sensibilidad para la detección del DCL (6, 19)] aumenta la inconsistencia en los diagnósticos, dificulta el seguimiento del paciente, genera problemas de comunicación y

colaboración entre profesionales. Consecuentemente, afecta negativamente a la calidad de la atención y coordinación en el manejo de los pacientes, produce retrasos en el recibimiento del tratamiento más adecuado para cada paciente y dificulta el desarrollo en la investigación.

Ante esta preocupante situación, se propone la implementación de una batería neuropsicológica válida, sensible y completa de fácil integración en la práctica clínica. Conscientes de la gran demanda asistencial, limitación de tiempo en la práctica diaria y carencia de profesional sanitario especializado, también proponemos una evaluación neuropsicológica breve (nivel I), basada en pruebas validadas y sensibles para el diagnóstico de DCL-EP [18,20].

Por último, dado que no existe un tratamiento curativo disponible y nuestro fin último es mejorar la calidad de vida de las personas con EP, es crucial detectar qué factores son predictores de una rápida progresión y/o más afectan a su calidad de vida. La consulta clínica tiende a focalizarse en la sintomatología motora y como resultado, muchos síntomas no motores no se abordan debidamente [33]. La sintomatología neuropsiquiátrica, incluyendo el deterioro cognitivo en la EP, a pesar de explicar un 60% de los síntomas no motores y emerger

como los principales determinantes de una rápida progresión y peor calidad de vida [34], muy a menudo se pasa por alto, siendo poco reconocida y en consecuencia poco explorada y tratada, influyendo así muy negativamente a la calidad asistencial [31]. A modo de ejemplo, el infra diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes con EP se sitúa alrededor del 50% [32]. A pesar de ser síntomas muy comunes, especialmente en mujeres con EP, en muchas ocasiones son inexplorados [21]. Por tanto, la correcta evaluación de los síntomas no-motores y la consideración de las diferencias específicas entre hombres y mujeres [22] es indispensable para brindar el tratamiento más adecuado en cada paciente. En base a estas consideraciones, también se proponen instrumentos fiables, rápidos y precisos para evaluar la sintomatología no motora en los pacientes con EP.

Todo ello, da lugar a la implementación de un protocolo válido y sensible para la caracterización precoz de perfil clínico y deterioro cognitivo en la EP. Es importante enfatizar la integralidad del protocolo propuesto. Al valorar aspectos de índole cognitivo, comportamental y afectivo, se obtiene una visión más completa y precisa de la función cerebral y su impacto en la vida cotidiana de los pacientes. Por tanto, este protocolo no sólo se reduce a la evaluación de procesos cognitivos, sino que atendemos al impacto a nivel afectivo, comportamental y funcional de la persona con Parkinson en el día a día. Evaluar la afectación funcional resulta esencial para comprender cómo las posibles dificultades cognitivas se traducen en desafíos cotidianos, sociales y emocionales. En este sentido, la inclusión de medidas que ayuden a identificar la sintomatología no motora y evalúen las limitaciones funcionales debido al deterioro cognitivo en

la EP, minimizando el impacto de las disfunciones motoras motor de la enfermedad [23] contribuirá a mejorar la precisión del diagnóstico de DCL-PD y PDD, definir el perfil cognitivo del paciente y delinear su progresión. Esta mejor estratificación debería conducir a mejores decisiones clínicas y resultados de salud contribuyendo de este modo a la sostenibilidad del sistema de atención de salud. En su conjunto, contribuirá a adecuar la asistencia, tanto sanitaria como psicológica y social, a las necesidades específicas de las personas con EP y sus familiares.

OBJETIVOS

El grupo de estudio de validación de DCL-EP de la MDS, confirmó el potencial de la evaluación neuropsicológica de nivel II de la EP-DCL como marcador de demencia incipiente [17]. A pesar de ello, en Baleares, su aplicación completa no se ha trasladado a la práctica clínica habitual.

El objetivo principal es implementar un protocolo neuropsicológico uniforme y exhaustivo que permita identificar y caracterizar precozmente el deterioro cognitivo en la EP, y ayudar al diagnóstico diferencial con diferentes parkinsonismos y condiciones neurodegenerativas que guardan entre sí una importante similitud, especialmente en sus fases iniciales.

Siguiendo las directrices del Grupo de Trabajo de la MDS para los criterios diagnósticos de DCL-EP [11], en el marco de una valoración integral, se ha desarrollado una batería neuropsicológica en base a la selección pormenorizada de aquellas pruebas ampliamente utilizadas para la evaluación del funcionamiento cognitivo en la EP y/o pruebas que hayan demostrado una alta sensibilidad para

la detección de cambios cognitivos en la EP [13,18]. De este modo, proporcionaremos las medidas sensibles para una identificación y caracterización temprana del DCL-EP y mejorar la asignación de pacientes a tratamientos individuales. Además de medidas cognitivas, este protocolo neuropsicológico incluirá la evaluación comportamental, afectiva, funcional y de calidad de vida con instrumentos fiables y validados en la EP.

METODOLOGÍA

PASOS PREVIOS: DESARROLLO DEL PROTOCOLO

El diseño el presente protocolo incorpora los conocimientos adquiridos a partir de la colaboración y contacto con profesionales de centros nacionales e internacionales de alto prestigio especializados en los Trastornos del Movimiento [Hospital de Sant Pau (Barcelona, España), Hospital de Padova, (Italia)], y a través de reuniones preliminares con la Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital Universitario de Son Espases para garantizar la viabilidad de la propuesta en Baleares.

La elaboración del presente protocolo neuropsicológico ha implicado una planificación cuidadosa dividida en las siguientes acciones:

1. Revisión exhaustiva del estado del arte de la sintomatología no motora, en especial el deterioro cognitivo, en la EP: estudio de los patrones cognitivos y clínicos, dominios más afectados y progresión, diagnóstico diferencial con otros parkinsonismos y enfermedades neurodegenerativas, identificación de las medidas neuropsicológicas más sensibles, etc.

2. Especificación de los dominios a evaluar, grado de deterioro que se pretende detectar, número de pruebas, y desviación a estándar a aplicar.

3. Búsqueda de instrumentos de medida fiables y validados para evaluar la sintomatología no motora y la calidad de vida de los individuos con EP.

4. Selección de medidas estandarizadas y validadas que permitan la aplicación de datos normativos ajustados por edad, sexo y educación en población española.

5. Incorporación de medidas funcionales específicas que permitan identificar el impacto de las alteraciones cognitivas, minimizando las dificultades motoras, en la funcionalidad diaria del paciente con EP (PD-CRFS) [23].

6. Estudio de medidas de neuroimagen y biomarcadores sanguíneos que complementen las evaluaciones neuropsicológicas.

PRÓXIMOS PASOS

Una vez implementado el protocolo, para cada prueba cognitiva, las puntuaciones brutas se deberán convertir a puntuaciones Z utilizando los datos normativos españoles, para corregir las influencias como la edad y la educación. Acorde con la literatura (ver [13] para revisión), se considerará como patológico un punto de corte de rendimiento $<-1,5$ desviaciones estándar (DE).

Cuando se disponga de un tamaño muestral con suficiente potencia estadística, se podrán realizar análisis para identificar qué medidas

detectan mejor los déficits cognitivos en la EP, definir clusters clínico-cognitivos de la EP y explorar su relación con los correlatos cerebrales, biomarcadores biológicos y características clínicas.

La implementación de este protocolo tiene presente la perspectiva de género e integra su análisis en la investigación. En este sentido, permitirá explorar las diferencias de sexo en la prevalencia, el tipo y la gravedad de las alteraciones cognitivas, clínicas y cerebrales tempranas en la EP y su impacto en la calidad de vida. De este modo, recabará información de gran valor clínico que contribuya a limitar la influencia de sesgos de género y promueva la equidad en salud para brindar el tratamiento y cuidado más adecuado en cada paciente. Este protocolo de evaluación, por tanto, sentará las bases para el diseño y aplicación de planes de intervención específicos para cada colectivo.

Por otro lado, también permitirá fomentar la sensibilización de la enfermedad, transferencia y difusión de conocimientos en ámbito académico y no académico a través de publicaciones en revistas de alto impacto, congresos, seminarios y reuniones de investigación, así como en talleres, charlas y actividades educativas destinadas a distintos colectivos (pacientes y cuidadores, profesionales sanitarios no especializados, público general).

PÚBLICO DIANA

El diseño de la batería neuropsicológica va dirigida principalmente a las personas con diagnóstico probable de EP. En este marco, resulta crucial destacar que la aplicación de este protocolo de evaluación brinda la oportunidad única para identificar patrones clínico-cognitivos fiables en la EP. Este enfoque resulta de gran valor clínico para dilucidar el diagnóstico diferencial con enfermedades que comparten sintomatología, como los parkinsonismos atípicos (parálisis supranuclear progresiva, síndrome corticobasal y atrofia multisistémica)* o el temblor esencial. Además, este protocolo tiene el potencial de extenderse a otras condiciones neurodegenerativas, como la demencia por Cuerpos de Lewy (DCL), demencia frontotemporal (DFT), Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) o la Enfermedad de Alzheimer (EA), entre otras.

A pesar de contar con herramientas como los criterios diagnósticos para cada enfermedad, todas ellas guardan entre sí una importante similitud observando un gran solapamiento en sintomatología, especialmente en fases iniciales, lo que supone un reto a la hora de identificarlos precozmente correctamente. Establecer un protocolo de evaluación neuropsicológica, juntamente con las técnicas de neuroimagen son clave para ayudar al diagnóstico diferencial con otros parkinsonismos y enfermedades neurodegenerativas.



- Los parkinsonismos atípicos son enfermedades minoritarias, generalmente poco comprendidas que suelen asociar diagnósticos erróneos con la EP, la EA o la DFT en las fases tempranas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Siguiendo los valores trazados en el plan estratégico de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (2019-2023) [27], la implementación de este protocolo extiende sus valores y objetivos en la EP y otros trastornos neurodegenerativos (ej., parkinsonismos atípicos, alfa-synucleopatías). Paralelamente, también contribuye a alcanzar los objetivos establecidos en el plan estratégico de Salud de las Islas Baleares (2023-2027) y la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud (2016) [35], cuyo fin último es generar nuevo conocimiento relevante que llegue al paciente y permita afrontar los retos actuales en base a sus necesidades.

A través de la implementación de estas prácticas profesionales abordamos los aspectos que requieren una mejora muy urgente para atender a los pacientes con EP y sus familiares siguiendo los valores de **accesibilidad, equidad, atención integral e integrada, respeto a la autonomía y profesionalidad**.

- **Accesibilidad:** que las personas con sospecha de DCL asociado a una enfermedad neurológica sean atendidas en las mismas condiciones, independientemente del lugar de residencia.

- **Equidad:** que la distribución de los recursos se realice en relación con las necesidades de las personas afectadas por EP y sus familias.

- **Atención integral:** que la atención a sus cuidados tenga un enfoque biológico, psicológico y social.

- **Atención integrada:** que los diferentes profesionales implicados en los diversos ni-

veles asistenciales en la atención a las personas con EP promuevan la comunicación, la colaboración y la coordinación entre ellos, para poder ofrecer los cuidados de calidad basados en la evidencia científica.

- **Respecto a la autonomía:** de manera que las personas afectadas por EP formen parte en todo el proceso de toma de decisiones sobre su enfermedad.

- **Profesionalidad:** del personal sanitario que atiende a las personas que padecen EP y otras enfermedades neurodegenerativas, que está implicado en actualizar sus conocimientos y en mantener una formación continuada respecto a esta enfermedad, así como en gestionar de manera responsable los recursos.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA INTEGRAL

El protocolo de evaluación comprende una detallada valoración cognitiva, conductual, afectiva y funcional.

Previo a la evaluación neuropsicológica, a través de una entrevista clínica semi-estructurada se realizará una recogida sistemática de datos clínicamente relevantes. Las variables demográficas y clínicas incluyen la edad, los años de educación, el sexo, la edad de inicio, los antecedentes personales (hábitos tóxicos, factores de riesgo vascular, intervenciones quirúrgicas, etc), los antecedentes familiares, la duración de la enfermedad, la aparición primeros síntomas, las dosis equivalentes de levodopa (LEDD), la dosis diaria equivalente a agonistas de dopamina (DAED) y la gravedad motora evaluada por la puntuación motora de la Escala Unificada de Clasificación de la EP (MDS-UPDRS III) de la MDS y el estadiaje de Hoehn y Yahr (H&Y).

Esta evaluación permitirá clasificar el fenotipo clínico en pacientes con (1) temblor dominante (TD), (2) inestabilidad postural-alteración de la marcha (PIGD) y (3) fenotipo intermedio de EP [27].

EVALUACIÓN COGNITIVA

De acuerdo con los criterios diagnósticos de nivel II del MDS para PD-DCL [11], además de la entrevista clínica, la batería neuropsicológica incluye al menos dos pruebas para cada dominio cognitivo (atención/memoria de tra-

bajo, ejecutivo, memoria, lenguaje, funciones visoespaciales/visuoperceptivas).

La selección de los instrumentos se ha realizado en base a lista de medidas recomendadas para evaluar el DCL en la EP [11], sus propiedades psicométricas (todos presentan una sensibilidad y especificidad apropiadas de alrededor del 81,3% y el 85,7%) y la disponibilidad de datos normativos en población española.

Nuestra propuesta de evaluación (nivel II) es la siguiente:

Evaluación cognitiva (nivel II)	
Dominios cognitivos	Medidas neuropsicológicas
Cognición global	MOCA test
Atención y memoria de trabajo	Symbol-digit modalities tests (SDMT) Letter-Number Sequencing test Trail Making Test parte A (alternativa: Test de Senderos) Span de dígitos directos (WAIS-IV)
Memoria	Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT) o Test de Aprendizaje Verbal España computense (TAVEC) Figura Compleja de Rey- Recuerdo
Funciones visoespaciales y visuconstructivas	Judgement line Orientation Test Benton Visual Object and Space Perception (VOSP) Figura Compleja de Rey- Copia Copia de pentágonos

Funciones ejecutivas	Prueba de dibujo del reloj Dígitos inversos (WAIS-IV) Trail Making Test- Parte B Stroop test (alternativa: UD interferencia) Hayling sentence Completion Test
Lenguaje	Test de fluencia verbal (fonética y semántica) Boston Naming Test

Nota: El deterioro cognitivo se definirá como el rendimiento de $\leq -1,5$ desviaciones estándar (DE) por debajo de las normas de edad y educación.

Además, con el fin de ayudar a establecer un diagnóstico diferencial con parkinsonismos atípicos, proponemos evaluar las praxias a través del Test de Tulia (Vanbellinghen, T. et al., 2010). Por último, siguiendo las últimas recomendaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), incluimos la evaluación de la cognición social mediante el Test de la lectura de la Mirada (RMET) y la versión española del Inventario Conductual Frontal (FAB-E; Hurtado-Pomares et al., 2018).

Además, se propone evaluar la depresión, la ansiedad, la apatía, la impulsividad y la calidad de vida utilizando la escala de depresión de Beck (BDI-II), el inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI-I y II), la escala de apatía de Starkstein, la escala de impulsividad de Barrat (BIS-11) y la versión de 39 ítems de la calidad de vida en la EP (PDQ-39), respectivamente. Para evaluar la gravedad y la frecuencia de los síntomas no motores se propone el instrumento de medida validado por la MDS, la Escala de Síntomas No Motores (NMSS) en la EP. La aplicación de este instrumento de medida

ha demostrado una mejor identificación de los síntomas no motores en contexto clínico [33].

Por último, para cuantificar el deterioro funcional debido al deterioro cognitivo minimizando las disfunciones motoras, se propone administrará la Escala de Valoración Funcional Cognitiva en la EP (PD-CRFS) [23].

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA NIVEL I

En base a sus propiedades clinimétricas en la EP, de entre los tres instrumentos de cribado de la función cognitiva recomendados por la MDS, el test de MoCa (Nasradine et al., 2005) ha demostrado ser la escala con mejores propiedades psicométricas para la detección de DCL en EP, y en consecuencia ha emergido como el instrumento de cribado más utilizado en la práctica clínica e investigación [13]. Por esta razón, se propone como prueba de screening para evaluar el estado cognitivo global, y aplicar datos normativos españoles disponibles [30].

Cabe recalcar que, aunque el Minimental State Examination (MMSE) es una prueba frecuentemente aplicada, le evidencia indica que no es adecuada para la detección cognitiva en las primeras etapas de la EP debido a los efectos de techo y la falta de sensibilidad para detectar DCL [19].

En base a sus propiedades psicométricas, se propone la Escala de Valoración Funcional Cognitiva en la EP (PD-CRFS) [23], para evaluar el deterioro funcional debido al daño cognitivo, el cual es un criterio central para realizar la distinción entre DCL-PD de PDD.

TRANSFERENCIA, IMPACTO SOCIAL Y DIVULGACIÓN

TRANSFERIBILIDAD

El deterioro cognitivo en la EP es un predictor de un mayor deterioro cognitivo [24,25,26]. Estos déficits son consecuencia de la atrofia en diferentes áreas cerebrales asociados a distintos mecanismos neuropatológicos subyacentes y, dando lugar a diferentes fenotipos entre los pacientes [14]. A diferencia de otros hospitales, **la evaluación neuropsicológica actualmente no forma parte de la evaluación clínica rutinaria en pacientes con EP en las Islas Baleares**. Por lo tanto, existe una **importante falta de información clínica** que impide una caracterización completa del paciente con EP. La propuesta actual llenará este vacío al incluir una batería neuropsicológica detallada en la evaluación clínica de estos pacientes. La implementación de una batería neuropsicológica permitirá explorar la relación entre las medidas neuropsicológicas, y de neuroimagen para identificar tempranamente los sustratos cognitivos y neurales que subyacen al deterioro cognitivo

en la EP y, por lo tanto, qué pacientes tienen más riesgo de desarrollar DCL y PDD.

IMPACTO SOCIAL

La presente propuesta de implementación es coherente con el último informe de la OMS (2022), «Parkinson's disease: a public health approach» [1] en el que se destaca la importancia crítica de las necesidades sociales y sanitarias para mejorar la calidad de vida de las personas, así como para prevenir la discapacidad a medida que aumenta la longevidad mundial. Este informe también destaca la necesidad urgente de implementar medidas preventivas efectivas para frenar el aumento de la incidencia de la enfermedad antes de que la carga y los costos del tratamiento abrumen a los servicios de salud.

Ante el gran impacto de las alteraciones afectivas y cognitivas en la EP, la idoneidad de la presencia de los psicólogos es innegable, como también lo es la necesidad de que sean especialistas en neuropsicología, capacitados tanto para la exploración y diagnóstico, como en la rehabilitación de los trastornos derivados del daño cerebral, cualquiera que sea su origen (congénito, adquirido, degenerativo).

Hay que añadir también, que de la vigente ley de dependencia se desprende la necesidad incluir especialistas en neuropsicología para la realización de una cuidadosa valoración, diagnóstico y tratamiento.

El deterioro cognitivo en la EP puede ser especialmente difícil de diagnosticar, tratar y comprender. Es por ello por lo que la aplicación de una evaluación neuropsicológica integral utilizando los criterios de MDS Nivel II para el DCL-EP [11] proporcionaría un marco

adecuado para crear una batería neuropsicológica eficiente sensible a la detección precoz y subtipo de DCL en la EP. Conduciría a una detección más temprana y precisa del DCL en la EP, minimizando el riesgo de falsos positivos y revelando múltiples déficits cognitivos que, de otro modo, podrían pasar desapercibidos. Por otra parte, esta propuesta sienta las bases para futuras prácticas que combinen las medidas clínicas y neuropsicológicas junto con biomarcadores sanguíneos (i.e., β -amiloide, cadenas ligeras de neurofilamentos, TAU) e imágenes de resonancia magnética para caracterizar con precisión el DCL-EP. Por lo tanto, un análisis integral es crucial para mejora de la precisión en la detección de PD-MCI, así como para el seguimiento de la progresión de la enfermedad y la planificación de las intervenciones más adecuadas, que son los principales objetivos marcados por el grupo de estudio EP-DCL la MDS.

En las Islas Baleares, la tradición de trasladar a la práctica clínica la investigación en EP centrada en los síntomas no motores, en particular, los déficits cognitivos, actualmente es una práctica inexistente en la gran mayoría de centros sanitarios públicos. Asimismo, tampoco se incluyen medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Esta debilidad dificulta la asistencia sanitaria de calidad y retrasa la aplicación de los últimos avances en el diagnóstico y tratamiento de la EP y su deterioro cognitivo.

Además, la implementación de este protocolo supondría la generación de una base de datos robusta y homogénea con potenciales implicaciones clínicas y de investigación. En este sentido, podría sentar las bases para estudiar marcadores cognitivos, afectivos-conductuales, funcionales, bioquímicos y de neuroima-

gen para la detección precoz del deterioro cognitivo en la EP, así como futuros estudios longitudinales que permitirían identificar los cambios cognitivos y patrones de progresión en el continuo entre cognición normal hasta demencia asociada a la EP. Hay que tener en cuenta que actualmente no está claro qué fenotipo cognitivo en la EP confiere un mayor riesgo de progresión a la EP. Por lo tanto, una detección, caracterización y clasificación tempranas ayudaría a estudiar mejor los mecanismos subyacentes que conducen a diferentes trayectorias de progresión. Además, a pesar de saber que las diferencias sexuales son un aspecto fundamental que define las implicaciones clínicas de la EP, una mejor comprensión de los efectos de género en la cognición y la calidad de vida también sería esencial para desarrollar enfoques de medicina personalizada desde las primeras etapas de la enfermedad.

Al alinearse con los objetivos estratégicos trazados en la Estrategia de Investigación e Innovación en Salud de las Islas Baleares (2023-2027) [28] y la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud (2016), esta propuesta busca aportar información valiosa que informe las políticas, mejore las prácticas clínicas y, en última instancia, eleve el estándar de atención para las personas afectadas por la EP.

Finalmente, la implementación de este protocolo contribuiría a consolidar un nuevo vínculo de investigación entre los entornos académicos y clínicos, generando un impacto internacional en el área de investigación, ya que permitiría escribir varias publicaciones de acceso abierto, fortalecer el vínculo entre el ámbito académico y el clínico, y promover colaboraciones con los principales referentes

nacionales e internacionales en EP, así como con el grupo de trabajo de deterioro cognitivo en EP-MDS, promoviendo la excelencia de la Neuropsicología en la investigación internacional de la EP.

DIVULGACIÓN

Este proyecto también tiene como objetivo fomentar la conexión científica y social y mantener informada a la comunidad a través de eventos formativos en ámbito clínico, académico y social. Con este fin, se detalla un plan de difusión tanto a un público académico como a un público no académico:

Contexto académico

Previo contacto y acuerdo con la profesora responsable de la asignatura de 11589 - Evaluación y Diagnóstico Neuropsicológico y de la Discapacidad en el Máster de Psicología de la Salud de la Universitat de les Illes Balears, este año 2023-2024 se ha incluido un tema centrado en la evaluación neuropsicológica en la EP, abordando también otras demencias y enfermedades neurodegenerativas que, hasta la fecha, se impartía un contenido superficial por falta de personal especializado en la materia. Aparte de enriquecer la calidad formativa de los futuros profesionales sanitarios, la inclusión de una formación específica de la EP contribuye directamente a incrementar la sensibilización y abordar el estigma en la EP.

Asimismo, al adoptar un enfoque metodológico para la interpretación de resultados, los futuros estudios se podrán difundir en seminarios, conferencias y talleres y en diferentes congresos autonómicos, nacionales (por ejemplo, Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología) e internacionales (por ejemplo, Reuniones de la Sociedad Inter-

nacional de Neuropsicología, Congreso Internacional de la Sociedad de EP y Trastornos del Movimiento, etc.).

Contexto clínico

Se propone organizar charlas informativas y formativas, dinámicas y personalizadas para pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios. El objetivo principal de estas charlas es aumentar el conocimiento de la enfermedad en los pacientes con EP y sus familias, visibilizando sus necesidades menos conocidas. Este tipo de acciones pueden tener un impacto en las habilidades de afrontamiento y aceptación social de los afectados por la enfermedad, y así ayudar a aumentar su calidad de vida.

Asimismo, pretenden ampliar el conocimiento y proporcionar una mayor comprensión de la enfermedad a los profesionales sanitarios implicados en su manejo. En este sentido, desde el COPIB y desde centros hospitalarios, se propone organizar talleres/cursos para psicólogos generales sanitarios, especializados en neuropsicología, y profesionales sanitarios afines.

Contexto social

Las charlas de divulgación estarán destinadas al público en general en el marco de eventos sociales (por ejemplo, la Noche Europea de la Investigación, la Feria de la Ciencia, el Día de la Niña, la Mujer y la Ciencia, el Día Mundial del Parkinson) y, a través de diferentes medios y canales de comunicación (por ejemplo, redes sociales, prensa, blogs y radio) para proporcionar una mayor comprensión, sensibilización y conciencia de la complejidad de la EP.

Ya se está trabajando activamente para visibilizar esta línea de investigación, promover la concienciación y aumentar la comprensión de la EP en la población (por ejemplo, charlas en la Noche Europea de la Investigación y entrevistas en diferentes medios de comunicación (TV, radio, etc.).

LIMITACIONES DEL PROTOCOLO Y PLAN DE CONTINGENCIA

• **Riesgo alto. Ausencia de neuropsicólogos** en ámbito sanitario público.

• **Plan de contingencia.** Solicitar la urgente y necesaria incorporación de neuropsicólogos en ámbito sanitario público. Alternativamente, creación de centros privados en colaboración con los equipos de neurología.

• **Riesgo medio.** Ausencia de conocimiento específico por parte del profesional sanitario sobre la EP y otras enfermedades neurodegenerativas.

• **Plan de contingencia.** A través de talleres, charlas, cursos y/o jornadas de formación

dotar a los profesionales sanitarios de los conocimientos necesarios y específicos para una correcta evaluación y abordaje de la enfermedad.

Poner a disposición recursos especializados en la materia para poder atender de la manera más adecuada y eficaz.

• **Riesgo bajo.** Disponibilidad de los instrumentos de medida.

• **Plan de contingencia.** La gran mayoría de prueba propuestas son de libre acceso. Respecto a las escalas clínicas, la Sociedad de Trastornos del Movimiento pone a su disposición un amplio listado de instrumentos (<https://www.movementdisorders.org/MDS/MDS-Clinical-Outcome-Assessment.htm>), los cuales se pueden utilizar previo permiso. En caso de tener el acceso restringido de algunas medidas cognitivas, a través de la docimoteca del COPIB o la Universidad, el profesional sanitario colegiado podrá acceder a los recursos propuestos.

REFERENCIAS

Parkinson disease: a public health approach. Technical brief. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

García-Ramos, R., Valdés, E. L., Ballesteros, L., Jesús, S. D., & Mir, P. (2016). Informe de la Fundación del Cerebro sobre el impacto social de la enfermedad de Parkinson en España. *Neurología*, 31(6), 401-413. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.04.008>

Postuma, R. B., Berg, D., Stern, M., Poewe, W., Olanow, C. W., Oertel, W., Obeso, J., Marek, K., Litvan, I., Lang, A. E., Halliday, G., Goetz, C. G., Gasser, T., Dubois, B., Chan, P., Bloem, B. R., Adler, C. H., & Deuschl, G. (2015). MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Movement Disorders* 30(12), 1591-1601. <https://doi.org/10.1002/mds.26424>

- Schapira, A. H. V., Chaudhuri, K. R., & Jenner, P. (2017). Non-motor features of Parkinson disease. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(7), 435–450. <https://doi.org/10.1038/NRN.2017.62>
- Goldman, J. G., & Sieg, E. (2020). Cognitive Impairment and Dementia in Parkinson Disease. *Clinics in geriatric medicine*, 36(2), 365–377. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2020.01.001>
- Aarsland, D., Batzu, L., Halliday, G. M., Geurtsen, G. J., Ballard, C., Ray Chaudhuri, K., & Weintraub, D. (2021). Parkinson disease-associated cognitive impairment. *Nature reviews. Disease primers*, 7(1), 47. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00280-3>
- Antonini, A., Emmi, A., & Campagnolo, M. (2023). Beyond the dopaminergic system: lessons learned from levodopa resistant symptoms in Parkinson's disease. *Movement disorders clinical practice*, 10(Suppl 2), S50. doi: 10.1002/mdc3.13786
- Williams-Gray, C. H., Mason, S. L., Evans, J. R., Foltynie, T., Brayne, C., Robbins, T. W., & Barker, R. A. (2013). The CamPaIGN study of Parkinson's disease: 10-year outlook in an incident population-based cohort. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 84(11), 1258–1264. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-305277>
- Lawson, R. A., Yarnall, A. J., Duncan, G. W., Breen, D. P., Khoo, T. K., Williams-Gray, C. H., Barker, R. A., Collerton, D., Taylor, J. P., Burn, D. J., & ICICLE-PD study group (2016). Cognitive decline and quality of life in incident Parkinson's disease: The role of attention. *Parkinsonism & related disorders*, 27, 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.parkrel-dis.2016.04.009>
- Fan, Y., Liang, X., Han, L., Shen, Y., Shen, B., Chen, C., Sun, Y., Wang, J., & Tang, Y. (2020). Determinants of Quality of Life According to Cognitive Status in Parkinson's Disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 12, 269. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.00269>
- Litvan, I., Goldman, J. G., Tröster, A. I., Schmand, B. A., Weintraub, D., Petersen, R. C., Mollenhauer, B., Adler, C. H., Marder, K., Williams-Gray, C. H., Aarsland, D., Kulisevsky, J., Rodriguez-Oroz, M. C., Burn, D. J., Barker, R. A., & Emre, M. (2012). Diagnostic criteria for mild cognitive impairment in Parkinson's disease: Movement Disorder Society Task Force guidelines. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 27(3), 349–356. <https://doi.org/10.1002/mds.24893>
- Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., Burn, D. J., Duyckaerts, C., Mizuno, Y., Broe, G. A., Cummings, J., Dickson, D. W., Gauthier, S., Goldman, J., Goetz, C., Korczyn, A., Lees, A., Levy, R., Litvan, I., McKeith, I., Olanow, W., Poewe, W., Quinn, N.,... Dubois, B. (2007). Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 22(12), 1689–1837. <https://doi.org/10.1002/mds.21507>
- Martinez-Horta, S., & Kulisevsky, J. (2019). Mild cognitive impairment in Parkinson's disease. *Journal of Neural Transmission*, 126(7), 897–904. <https://doi.org/10.1007/s00702-019-02003-1>

Biundo, R., Weis, L., & Antonini, A. (2016). Cognitive decline in Parkinson's disease: the complex picture. *NPJ Parkinson's disease*, 2, 16018. <https://doi.org/10.1038/npjparkd.2016.18>

Biundo, R., Weis, L., Facchini, S., Formento-Dojot, P., Vallelunga, A., Pilleri, M., & Antonini, A. (2014). Cognitive profiling of Parkinson disease patients with mild cognitive impairment and dementia. *Parkinsonism & related disorders*, 20(4), 394–399. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2014.01.009>

Domellöf, M. E., Ekman, U., Forsgren, L., & Elgh, E. (2015). Cognitive function in the early phase of Parkinson's disease, a five-year follow-up. *Acta neurologica Scandinavica*, 132(2), 79–88. <https://doi.org/10.1111/ane.12375>

Hoogland, J., van Wanrooij, L. L., Boel, J. A., Goldman, J. G., Stebbins, G. T., Dalrymple-Alford, J. C., Marras, C., Adler, C. H., Junque, C., Pedersen, K. F., Mollenhauer, B., Zabetian, C. P., Eslinger, P. J., Lewis, S. J. G., Wu, R. M., Klein, M., Rodriguez-Oroz, M. C., Cammisuli, D. M., Barone, P., Biundo, R.,... IPMDS Study Group "Validation of Mild Cognitive Impairment in Parkinson Disease" (2018). Detecting Mild Cognitive Deficits in Parkinson's Disease: Comparison of Neuropsychological Tests. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 33(11), 1750–1759. <https://doi.org/10.1002/mds.110>

Goldman, J. G., Holden, S., Ouyang, B., Bernard, B., Goetz, C. G., & Stebbins, G. T. (2015). Diagnosing PD-MCI by MDS Task Force criteria: how many and which neuropsychological tests? *Movement disorders: official journal of*

the Movement Disorder Society, 30(3), 402–406. <https://doi.org/10.1002/mds.26084>

Hoops, S., Nazem, S., Siderowf, A. D., Duda, J. E., Xie, S. X., Stern, M. B., & Weintraub, D. (2009). Validity of the MoCA and MMSE in the detection of MCI and dementia in Parkinson disease. *Neurology*, 73(21), 1738–1745. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181c34b47>

Skorvanek, M., Goldman, J. G., Jahanshahi, M., Marras, C., Rektorova, I., Schmand, B.,... & Violante, M. R. (2018). Global scales for cognitive screening in Parkinson's disease: Critique and recommendations. *Movement Disorders*, 33(2), 208–218. DOI: 10.1002/mds.27233

Santos-García, D., Laguna, A., Hernández-Vara, J., de Deus Fonticoba, T., Cores Bartolomé, C., Feal Paineiras, M. J., Íñiguez-Alvarado, M. C., García Díaz, I., Jesús, S., Boungiorno, M. T., Planellas, L., Cosgaya, M., García Caldentey, J., Caballol, N., Legarda, I., Cabo, I., López Manzanares, L., González Aramburu, I., Ávila Rivera, M. A., Gómez Mayordomo, V.,... On Behalf Of The Coppadis Study Group (2023). Sex Differences in Motor and Non-Motor Symptoms among Spanish Patients with Parkinson's Disease. *Journal of clinical medicine*, 12(4), 1329. <https://doi.org/10.3390/jcm12041329>

Raheel K, Deegan G, Di Giulio I, Cash D, Ilic K, Gnoni V, Chaudhuri KR, Drakatos P, Moran R and Rosenzweig I (2023) Sex differences in alpha-synucleinopathies: a systematic review. *Front. Neurol.* 14:1204104. doi: 10.3389/fneur.2023.1204104

- Kulisevsky, J., Fernández de Bobadilla, R., Pagonabarraga, J., Martínez-Horta, S., Campolongo, A., García-Sánchez, C., Pascual-Sedano, B., Ribosa-Nogué, R., & Villa-Bonomo, C. (2013). Measuring functional impact of cognitive impairment: validation of the Parkinson's disease cognitive functional rating scale. *Parkinsonism & related disorders*, 19(9), 812–817. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2013.05.007>
- Pedersen, K. F., Larsen, J. P., Tysnes, O. B., & Alves, G. (2013). Prognosis of mild cognitive impairment in early Parkinson disease: The Norwegian ParkWest study. *JAMA Neurology*, 70(5), 580–586. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2013.2110>
- Pedersen, K. F., Larsen, J. P., Tysnes, O. B., & Alves, G. (2017). Natural course of mild cognitive impairment in Parkinson disease. *Neurology*, 88(8), 767–774. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000003634>
- Wood, K. L., Myall, D. J., Livingston, L., Melzer, T. R., Pitcher, T. L., MacAskill, M. R., Geurtsen, G. J., Anderson, T. J., & Dalrymple-Alford, J. C. (2016). Different PD-MCI criteria and risk of dementia in Parkinson's disease: 4-year longitudinal study. *NPJ Parkinson's disease*, 2, 15027. <https://doi.org/10.1038/nnpjarkd.2015.27>
- Estrategia de la Esclerosis Lateral Amiotrófica de les Illes Balears (2019-2023). Conselleria Salut i consum. Direcció general prestacions i farmacia. ISBN: 978-84-697-3228-1
- Estrategia de Investigación e Innovación en Salud de las Islas Baleares (2023-2027). Dirección General de Investigación en Salud, Formación y Acreditación. Consejería de Salud y Consumo. DL PM 00152-2023.
- Stebbins, G. T., Goetz, C. G., Burn, D. J., Jankovic, J., Khoo, T. K., & Tilley, B. C. (2013). How to identify tremor dominant and postural instability/gait difficulty groups with the movement disorder society unified Parkinson's disease rating scale: comparison with the unified Parkinson's disease rating scale. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 28(5), 668–670. <https://doi.org/10.1002/mds.25383>
- Ojeda, N., del Pino, R., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D. J., & Peña, J. (2016). Montreal cognitive assessment test: Normalization and standardization for Spanish population. *Revista de Neurología*, 63(11), 488–496. <https://doi.org/10.33588/rn.6311.2016241>
- Weintraub, D., Aarsland, D., Biundo, R., Dobkin, R., Goldman, J., & Lewis, S. (2022). Management of psychiatric and cognitive complications in Parkinson's disease. *BMJ (Clinical research ed.)*, 379, e068718. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068718>
- Weintraub, D., Aarsland, D., Chaudhuri, K. R., Dobkin, R. D., Leentjens, A. F., Rodriguez-Violante, M., & Schrag, A. (2022). The neuropsychiatry of Parkinson's disease: advances and challenges. *The Lancet. Neurology*, 21(1), 89–102. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00330-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00330-6)
- Chaudhuri, K. R., Titova, N., Qamar, M. A., Muräsan, I., & Falup-Pecurariu, C. (2022). The Dashboard Vitals of Parkinson's: Not to Be Missed Yet an Unmet Need. *Journal of personalized medicine*, 12(12), 1994. <https://doi.org/10.3390/jpm12121994>

Tsiouris, K. M., Konitsiotis, S., Koutsouris, D. D., & Fotiadis, D. I. (2020). Prognostic factors of Rapid symptoms progression in patients with newly diagnosed parkinson's disease. *Artificial intelligence in medicine*, 103, 101807. <https://doi.org/10.1016/j.artmed.2020.101807>

Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. NIPO en línea: 680-16-030-3

Anexo I. Criterios para el diagnóstico de DCL-EP. Extraído de Litvan et al., (2012)

I. Criterios de inclusión

- Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson basado en los criterios del banco de cerebros de EP del Reino Unido
- Disminución gradual, en el contexto de la EP establecida, en la capacidad cognitiva informada por el paciente o el informante, **u** observada por el clínico.
- Déficits cognitivos en pruebas neuropsicológicas formales o en una escala de capacidades cognitivas globales (detallados en la sección III)
- Los déficits cognitivos no son suficientes para interferir significativamente con la independencia funcional, aunque pueden presentarse dificultades sutiles en tareas funcionales complejas.

II. Criterios de exclusión

- Diagnóstico de la demencia por EP basado en los criterios propuestos por el Grupo de Trabajo de la Sociedad de Trastornos del Movimiento (Emre et al., 2007)

- Otras explicaciones primarias para el deterioro cognitivo (p. ej., delirio, accidente cerebrovascular, depresión mayor, anomalías metabólicas, efectos adversos de medicamentos o traumatismo craneoencefálico)
- Otras afecciones comórbidas asociadas a la EP (p. ej., deterioro motor o ansiedad grave, depresión, somnolencia diurna excesiva o psicosis) que, en opinión del clínico, influyen significativamente en las pruebas cognitivas.

III. Directrices específicas para las categorías PD-MCI de nivel I y nivel II

• Nivel I - Evaluación abreviada

- Deterioro en una escala de habilidades cognitivas globales validadas para su uso en la EP (como la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA), la Escala de Calificación Cognitiva de la Enfermedad de Parkinson (PD-CRS), la Escala de Calificación de la Demencia de Mattis Segunda Edición (MDRS-2) **o**

- Deterioro en al menos dos pruebas, cuando se realiza una batería limitada de pruebas neuropsicológicas (es decir, la batería incluye menos de dos pruebas dentro de cada uno de los cinco dominios cognitivos, o se evalúan menos de cinco dominios cognitivos)

• Nivel II - Evaluación integral

- Pruebas neuropsicológicas que incluyen dos pruebas dentro de cada uno de los cinco dominios cognitivos:
 - Atención y memoria de trabajo.
 - Funciones ejecutivas
 - Idioma
 - Memoria
 - Habilidades visoespaciales
- Deterioro en al menos dos pruebas neuropsicológicas, representado por dos pruebas de deterioro en un dominio cognitivo o una prueba de deterioro en dos dominios cognitivos diferentes.
- El deterioro de las pruebas neuropsicológicas puede demostrarse mediante:
 - Rendimiento aproximadamente 1-2 DE por debajo de las normas apropiadas **o**

- Disminución significativa demostrada en pruebas cognitivas seriadas **o**

- Disminución significativa de los niveles premórbidos estimados.

Además, el DCL-PD se puede clasificar en dos subtipos:

Clasificación de subtipos para PD-DCL (opcional, requiere dos pruebas para cada uno de los cinco dominios cognitivos evaluados y se recomienda encarecidamente para fines de investigación)

- **PD-DCL de dominio único:** anomalías en dos pruebas dentro de un solo dominio cognitivo (especifique el dominio), con otros dominios intactos **o**
- **Dominio múltiple de PD-MCI:** anomalías en al menos una prueba en dos o más dominios cognitivos (especifique los dominios)

* Las clasificaciones de subtipos son aplicables solo a aquellos que se han sometido a al menos dos pruebas dentro de cada uno de los cinco dominios cognitivos administrados

Ejemplos de escalas de habilidades cognitivas globales validadas en la Enfermedad de Parkinson.

Evaluación	Pruebas neuropsicológicas
Cognición global	MoCa
	PD-CRS
	ESCOBA-COG
Inteligencia premórbida estimada	MDRS
	NART
	WTAR

Abreviaturas: MoCA, Evaluación Cognitiva de Montreal; PD-CRS: Escala de Calificación Cognitiva de la Enfermedad de Parkinson; SCOPA-COG, Escalas para los resultados de la enfermedad de Parkinson-Cognición; MDRS, Escala de Calificación de Demencia de Mattis

Dominio cognitivo	Pruebas neuropsicológicas
Atención y memoria de trabajo	WAIS-IV (o versión anterior) Secuenciación de números de letra
	WAIS-IV Codificación (o versión anterior) u otra tarea de sustitución, escrita u oral
	Trail Making Test
	Span de dígitos
	Prueba de palabras de color de Stroop
Función ejecutiva	Prueba de clasificación de tarjetas de Wisconsin (CST) o CST modificada (modificación de Nelson)
	Prueba de la Torre de Londres: versión Drexel o Medias de Cambridge (CANTAB)
	Prueba de fluidez verbal, como la fluidez de las letras (COWAT o pruebas similares), la fluidez de la categoría (animales, supermercado o similar) o la alternancia de tareas de fluidez (si se utiliza una versión bien estandarizada). No se debe utilizar más de una anomalía en la prueba de fluidez verbal para satisfacer el criterio de MCI de dos resultados anormales en la prueba debido a la fuerte relación entre estas pruebas; Prueba de dibujo del reloj de 10 puntos

Lenguaje	Similitudes con WAIS-IV (o versión anterior) Tarea de nomenclatura de confrontación, como la prueba de nomenclatura de Boston (o la forma abreviada validada en PD) o la prueba de nomenclatura calificada
Memoria	Prueba de aprendizaje de listas de palabras con retraso en el recuerdo y las condiciones de reconocimiento, como la Prueba de Aprendizaje Verbal Auditivo de Rey, Free and Cued Selective Reminding test, la Prueba de Aprendizaje Verbal de California, la Prueba de Aprendizaje Verbal de Hopkins y la Prueba de Recordatorio Selectivo Prueba de recuerdo de prosa³ con una condición de recuerdo retardado, como la subprueba de memoria lógica de la escala de memoria de Wechsler-IV (o versión anterior) o la subprueba de recuerdo de párrafo de la prueba de memoria conductual de Rivermead Breve Prueba de Memoria Visuoespacial – Revisada (BVMT-R)
Función visoespacial	El juicio de Benton sobre la orientación de la línea Prueba de organización visual de Hooper Copia de reloj (por ejemplo, CLOX de Royall)

TREBALLS DE FI DE GRAU

PROGRAMA D'INTERVENCIÓ BASAT EN TERÀPIA DE PARELLA CENTRADA EN LES EMOCIONS (TPCE) PER A PARES DE FILLS AMB AUTISME

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN TERAPIA DE PAREJA CENTRADA EN LAS EMOCIONES (TPCE) PARA PADRES DE HIJOS CON AUTISMO

INTERVENTION PROGRAM BASED ON EMOTIONALLY FOCUSED COUPLES THERAPY (EFCT) FOR PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM

ANTONIA RIVERA MARÍ

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Curs acadèmic 2023 – 24

Projecte final de grau

Contacte:

arivera255@alumno.uned.es

RESUM

Context i justificació: El trastorn de l'espectre autista es tracta d'un trastorn crònic que pot resultar molt limitant i devastador tant per al nin com per a la família. Existeix evidència empírica sobre majors nivells d'estrès i insatisfacció conjugal en parens de nins autistes, relacionant-se positivament aquestes variables. La teràpia de parella centrada en emocions (TPCE) s'ha demostrat efectiva per al tractament de millora de qualitat de relació de parella.

Objectiu: Determinar l'eficàcia d'una intervenció basada en un programa de TPCE, adaptat específicament per a parens de fills amb autisme.

Mètode: Es proposa una mostra composta per 50 parelles, utilitzant-se un disseny quasiexperimental de mesures repetides pretractament, posttractament i seguiment als sis mesos. Les variables seran l'estrès parental mesurant-se amb l'índex d'estrès parental versió reduïda (SPI/SF) i la qualitat de la relació de parella que es mesurarà amb l'escala d'ajust diàdic (DAS).

Resultats prevists: S'espera una millora en totes dues variables en el grup experimental, i el seu manteniment passats sis mesos des de la finalització de la intervenció.

Conclusions: En resposta als resultats que es preveu obtenir, es conclou que el programa d'intervenció pot resultar en una eina de qualitat per a millorar les relacions de parella en parens de fills amb autisme.

PARAULES CLAU: TPCE, autisme, estrès parental, qualitat de relació de parella

RESUMEN

Contexto y justificación: El trastorno del espectro autista se trata de un trastorno crónico que puede resultar muy limitante y devastador tanto para el niño como para la familia. Existe evidencia empírica sobre mayores niveles de estrés e insatisfacción conyugal en padres de niños autistas, relacionándose positivamente dichas variables. La terapia de pareja centrada en emociones (TPCE) se ha demostrado efectiva para el tratamiento de mejora de calidad de relación de pareja.

Objetivo: Determinar la eficacia de una intervención basada en un programa de TPCE, adaptado específicamente para padres de hijos con autismo.

Método: Se propone una muestra compuesta por 50 parejas, utilizándose un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas pretratamiento, postratamiento y seguimiento a los seis meses. Las variables serán el estrés parental midiéndose con el índice de estrés parental versión reducida (SPI/SF) y la calidad de la relación de pareja que se medirá con la escala de ajuste diádico (DAS).

Resultados previstos: Se espera una mejora en ambas variables en el grupo experimental, y su mantenimiento pasados 6 meses desde la finalización de la intervención.

Conclusiones: En respuesta a los resultados que se prevé obtener, se concluye que el programa de intervención puede resultar en una herramienta de calidad para mejorar las relaciones de pareja en padres de hijos con autismo.

PALABRAS CLAVE: TPCE, autismo, estrés parental, calidad de relación de pareja

ABSTRACT

Background and justification: Autism spectrum disorder is a chronic disorder that can be very limiting and devastating for both the child and the family. There is empirical evidence of higher levels of stress and marital dissatisfaction in parents of autistic children, with a positive relationship between these variables. Emotion-focused couple therapy (EFT) has been shown to be effective in improving the quality of the couple's relationship.

Objective: To determine the efficacy of an intervention based on an EFT program, specifically adapted for parents of children with autism.

Method: A sample of 50 couples is proposed, using a quasi-experimental design of repeated measures pretreatment, posttreatment and follow-up at six months. The variables will be parental stress measured with the reduced version of the Parental Stress Index (SPI/SF) and the quality of the couple's relationship, which will be measured with the Dyadic Adjustment Scale (DAS).

Expected results: An improvement in both variables is expected in the experimental group, and its maintenance 6 months after the end of the intervention.

Conclusions: In response to the expected results, it is concluded that the intervention program can be a quality tool to improve relationships in parents of children with autism.

KEYWORDS: *EFT, autism, parental stress, quality of elationship*

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

TEA y estrés parental

El trastorno del espectro autista (TEA) se trata de un trastorno de desarrollo crónico multifactorial que implica dificultades en las habilidades de comunicación social, patrones de comportamiento repetitivos e intereses restringidos. Presenta tres niveles de gravedad en función del deterioro (DSM-5, APA 2013), cuánto mayor es el nivel de afectación del niño menor es su comportamiento adaptativo, consecuentemente aumentan los niveles de estrés que padecen los padres (Bagnato Núñez et al., 2023; Davis y Carter, 2008; Ilias et al., 2018; Operto et al., 2021). Estos síntomas como los déficits en la comunicación o los déficits en habilidades de autorregulación, entre otros, derivan en mayores demandas parentales que exceden los recursos parentales, provocando un aumento del estrés parental (Bagnato Núñez et al., 2023; Davis y Carter, 2008).

Se entiende por estrés parental aquella reacción psicológica de carácter desagradable desarrollada cuando las exigencias parentales son mayores a las expectativas de los recursos que se tiene para afrontar la paternidad produciendo una visión negativa hacia el hijo y uno mismo (Deater-Deckard, 1998; Operto et al., 2021).

Los investigadores informan que los padres de hijos con diagnóstico de TEA presentan mayores niveles de estrés parental que los padres de hijos con desarrollo normo típico o con diagnóstico de otra alteración del desarrollo (Bagnato Núñez et al., 2023; García-López et al., 2016; Hayes y Watson, 2013; Ilias et al., 2018; Operto et al., 2021). Así mismo, también informan que los padres de hijos con TEA padecen más problemas de salud (Padden y James, 2017), y mayor padecimiento psicológico, expresando sentimientos de culpa, frustración y aislamiento, entre otros (Kuhlthau et al., 2014).

Dada la relación existente entre estrés y diversas enfermedades, en diversos estudios se ha informado de la importancia del hecho de que los padres reciban apoyo social para afrontar de manera adecuada el estrés que padecen, siendo la relación de pareja un importante apoyo social (Ilias et al., 2018; Padden y James, 2017).

Estrés parental y problemas de pareja en padres de hijos con TEA

Las relaciones de pareja entre los padres de niños están mediadas por la salud de los progenitores y la de los hijos, influyendo su estado de salud en la relación de pareja (Piro-Gambetti et al., 2024). En investigaciones anteriores se indica que existe una relación bidireccional entre la salud mental de los padres

y su satisfacción marital encontrando que elevados niveles de estrés parental y aumento de conflictos en la relación disminuyen la satisfacción matrimonial y aumentan el deterioro de la relación (Chan y Leung, 2020; Piro-Gambetti et al., 2024; Randall y Bodenmann, 2009). También, que los factores estresantes que implica la crianza de un hijo, como sería el diagnóstico de TEA en el niño, contribuyen a la insatisfacción en las relaciones maritales (Piro-Gambetti et al., 2024; Sim et al., 2016).

Además, en diversas investigaciones se expone que tener una relación de pareja sana que aporte interacciones positivas contrarresta los efectos negativos del estrés parental, siendo ésta una fuente de protección de tipo emocional (Hartley et al., 2017; Piro-Gambetti et al., 2024). Varios padres en investigaciones anteriores informaron de que la crianza de un hijo con TEA había aportado felicidad y mejorado sus relaciones familiares, del mismo modo que la exigencia que requería la crianza del hijo con TEA tenía consecuencias negativas en la relación de pareja (Kuhlthau et al., 2014).

Por otro lado, se encontró que los padres que tenían una relación resistente podían afrontar mejor dichas exigencias, siendo un factor protector, del mismo modo, se informó de la relación positiva entre un estado psicológico óptimo en los padres y mayor felicidad conyugal (Sim et al., 2016).

Además, hay evidencia empírica de la correlación entre el tiempo que pasaban con su pareja y las interacciones positivas que tenían con ella con mayor afecto positivo, lo cual se relaciona con el hecho de que tener menos tiempo para tu pareja empeora la calidad de la relación. Para que una relación de pareja re-

sulte satisfactoria y duradera debe haber comunicación asertiva además de interacciones positivas en mayor proporción que negativas, dichas interacciones se ven disminuidas en padres de hijos con TEA (Hartley et al., 2017). Del mismo modo, realizan una especialización de roles, con roles más separados que padres de hijos sin alteraciones del desarrollo, ello deriva en que pasan menos tiempo de calidad con su pareja en comparación a padres de hijos sin TEA (Sim et al., 2016)

Al hilo de lo anterior, diversos padres de hijos con TEA informan que padecen mayor insatisfacción matrimonial, menor cohesión familiar, mayor deterioro de la relación y mayor disfunción familiar, encontrando que dicho padecimiento era mayor en los padres de niños con TEA que en los padres de hijos sin alteraciones del desarrollo (Gau et al., 2012; Piro-Gambetti et al., 2024; Sim et al., 2016). Diversos estudios informan que los padres de hijos con TEA presentan en mayor proporción relaciones de pareja menos placenteras y más cortas, así como mayor número de separaciones, menor unión conyugal y mayor tasa de divorcios en comparación a padres de hijos con desarrollo normotípico (Begum y Mamin, 2019; Hartley et al., 2017; Piro-Gambetti et al., 2024; Sim et al., 2016).

En lo que respecta a la influencia que puede tener en el hijo la inclusión de intervenciones en las relaciones de pareja en los padres de niños con TEA podría tener implicaciones beneficiosas en la salud mental del hijo en desarrollo, al mejorar la relación de pareja y aumentar la felicidad de los padres influyendo positivamente en el niño. Además, se destaca la importancia de los efectos perjudiciales que puede tener la exposición del niño a conflictos de pareja promoviendo síntomas de internali-

zación como depresión o ansiedad en el niño con TEA (Piro-Gambetti et al., 2024; Sim et al., 2016).

Terapia de pareja centrada en emociones (TPCE)

La TPCE surgió en los años 80 del siglo pasado de la mano de los autores Sue Johnson y Greenberg, quienes enfatizaron la importancia de las emociones en las experiencias de la relación de pareja especialmente cuando surgen desacuerdos en ella, contemplando como aspectos esenciales los sociales, afectivos, psicológicos y biológicos que se hallan implícitos en las relaciones conyugales (Torres y Maldonado- Peña, 2020).

En diversas investigaciones se ha concluido que la TPCE se trata de una terapia efectiva para la mejora de las relaciones de pareja aumentando la satisfacción conyugal y reduciendo los niveles de estrés en la pareja (Byrne et al., 2004; Johnson et al., 1999).

En la TPCE se expone que los desacuerdos en una relación conyugal se deben a interacciones negativas surgidas por apegos insatisfechos, por ello se trabaja los conflictos fundamentándose en la teoría de apego. Se mejora la respuesta emocional de la pareja fortaleciendo el vínculo, trabajando sobre las necesidades y los miedos de la pareja, a medida que la pareja identifica y expresa sus emociones y necesidades de apego de una manera sana se fortalece la relación de pareja. Se modifica los aspectos negativos de las respuestas emocionales de la pareja y de la interacción, fomentando la unión emocional en la pareja con más comunicación y penetración emocional, además de la fiabilidad y el afecto, extinguiendo los patrones inadecuados de interacción (Cloutier et al., 2002; Johnson, 2019).

En estudios anteriores se informó de la efectividad de la TPCE en padres de hijos con enfermedades crónicas, como puede ser el caso del autismo. Se encontraron mejoras estadísticamente significativas en la mejora de la relación de pareja, y la disminución del estrés conyugal, además de mantenerse pasados dos años de la finalización de la terapia (Cloutier et al., 2002; Torres y Maldonado- Peña, 2020).

En estudios anteriores se informó de la efectividad de la TPCE en padres de hijos con enfermedades crónicas, como puede ser el caso del autismo. Se encontraron mejoras estadísticamente significativas en la mejora de la relación de pareja, y la disminución del estrés conyugal, además de mantenerse pasados dos años de la finalización de la terapia (Cloutier et al., 2002; Torres y Maldonado- Peña, 2020).

Programa de intervención propuesto

Por lo tanto, aunque se ha establecido la relación entre la crianza de un niño con TEA y altos niveles de estrés parental, además de la relación del estrés parental y el deterioro de la pareja sentimental, se sabe poco sobre el impacto que tiene el estrés parental relacionado con la crianza de un niño con TEA sobre el deterioro de la relación de pareja de los padres. En consecuencia, se propone el diseño y la aplicación de un programa de intervención basado en la terapia de pareja centrada en las emociones (TPCE) destinado a padres con hijos diagnosticados de TEA.

El objetivo de la aplicación de la intervención propuesta es evaluar la eficacia de la TPCE adaptada específicamente a padres de niños con TEA en la reducción del estrés y el aumento de la felicidad conyugal. Además, se pretende comprobar si dichos resultados se mantienen transcurridos seis meses desde el fin de la intervención. Las evaluaciones se llevarán a cabo mediante la medición del estrés parental y el bienestar conyugal con el SPI/SF y el DAS.

En sintonía con los resultados obtenidos en estudios anteriores sobre la efectividad de la TPCE se postula que tras la aplicación de la intervención disminuirá el estrés parental y mejorará la relación conyugal en los padres sometidos al programa, manteniéndose los resultados pasados seis meses de la finalización de éste.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general: evaluar la eficacia de la terapia de pareja centrada en emociones adaptada a padres de hijos con autismo en la reducción del estrés parental y el aumento de la calidad de la relación de pareja.

Objetivo específico 1: reducir el estrés parental a los participantes que se les aplica el programa de intervención.

Objetivo específico 2: aumentar el nivel de calidad de la relación de pareja en los participantes a los que se les aplica el programa de intervención.

Objetivo específico 3: valorar si los resultados se mantienen seis meses después de la finalización del programa de intervención.

Hipótesis:

1. Se espera encontrar una reducción del nivel de estrés parental y un aumento de la calidad de la relación de pareja en la medida postratamiento respecto a la medida pretratamiento en el grupo experimental.

2. Se postula que no habrá diferencias en los niveles de estrés parental y calidad de relación de pareja en las medidas

postratamiento respecto a las medidas pretratamiento en el grupo control (lista de espera).

3. Se hipotetiza que no habrá diferencias en las medidas pretratamiento entre ambos grupos.

4. Se espera que se mantengan los resultados del programa de intervención pasados seis meses de su finalización

MÉTODO

Participantes

La presente intervención tiene como población diana parejas de entre 30 y 50 años, que ambos miembros sean padres de niños con TEA menores de 11 años. Se seleccionará la muestra mediante un muestreo por conveniencia. La muestra está compuesta de un total de 50 parejas: 50 padres y 50 madres, con una media de edad de 40 años, 40 parejas con estudios superiores y 10 con estudios medios, todas empleadas a tiempo completo y residentes en la isla de Ibiza. Se formarán dos grupos de 25 parejas, uno de intervención y otro de control (lista de espera) distribuidos aleatoriamente.

Criterios de inclusión: tener un hijo con diagnóstico de TEA, no participar en terapia activa para problemas de pareja y comprometerse a participar en todas las sesiones de terapia y a realizar los ejercicios encomendados por el terapeuta.

Criterios de exclusión: negación a firmar el consentimiento informado, deseo actual de divorcio por alguno de los miembros de la pareja, abuso de sustancias, tener diagnóstico de

algún trastorno mental y tener antecedentes de violencia o abuso de cualquier tipo, ya sea físico, psicológico o sexual.

Variables, instrumentos y aparatos

- Evaluación de los criterios de inclusión

Cuando se contacte a los participantes en una primera entrevista se realizará una evaluación del cumplimiento de los criterios de inclusión solicitando una copia del informe diagnóstico del hijo con TEA, además de solicitar el cumplimiento de un pequeño cuestionario en el que se comprometan a participar al total de las sesiones y a no participar en otra terapia de pareja el mismo tiempo.

- Variables e instrumentos de evaluación de la eficacia de la intervención

Las variables dependientes que se pretenden medir para evaluar la eficacia del programa de intervención son el estrés parental y la calidad de la relación de pareja. La variable independiente es el programa de intervención propuesto.

El instrumento que se usará para evaluar el nivel de estrés parental será la adaptación al español por Díaz – Herrero (Díaz-Herrero et al., 2011) del índice de estrés parental (Abidin, 1995) en su versión reducida (SPI/SF). Se trata de un inventario que consta de 36 ítems que responden los padres en 10-15 minutos aproximadamente, y ofrece puntuaciones en tres escalas: niño difícil, estrés parental e interacción disfuncional con un nivel de significación de $\alpha = ,95$. Y se califica en una escala Likert de 5 puntos, desde 1= completamente en desacuerdo a 5=completamente de acuerdo.

El instrumento que se utilizará para medir la calidad de la relación de pareja será la escala de ajuste diádico (DAS) (Spanier, 1976), con un coeficiente alpha de $\alpha = ,96$. En la intervención propuesta se hará uso de la adaptación española (Martín-Lanas et al., 2017), se trata de un cuestionario 32 ítems, con escala de respuesta tipo Likert, agrupados en cuatro subescalas: consenso, satisfacción, cohesión y expresión afectiva. El tiempo de aplicación de la prueba es de 10 minutos aproximadamente.

Procedimiento

- Reclutamiento de participantes

1. El equipo encargado de captación de participantes se pondrá en contacto con las distintas asociaciones en las que se presten servicios a familiares y niños con TEA, además de los centros de salud para solicitar su ayuda ofreciendo el programa a los padres.

2. Se harán carteles con la información más relevante del programa y un email de contacto para los interesados, que se pondrán en colegios, asociaciones de autismo, de personas con necesidades especiales, así como centros de salud.

3. Una vez los interesados contacten al email del anuncio, el equipo del programa les citará para una primera entrevista telefónica en la que se les explicará en qué consiste el programa ofertado, el compromiso de confidencialidad y la protección del anonimato en el manejo de los datos, además de la valoración de que sean aptos para el programa, y el envío del consentimiento informado requerido.

4. Una vez recogidos todos los datos y conseguido la muestra necesaria para la implantación del programa, el equipo directivo se pondrá en contacto con los participantes aptos para el programa.

- Programa de intervención

El programa de intervención se dividirá en tres fases, tendrá una duración total de nueve semanas, con una sesión semanal de 1h 30 min. Las sesiones serán impartidas por un

psicólogo especialista en psicología clínica (PEPC) con especialidad en terapia de pareja, en sesiones por pareja.

Para la presente intervención el programa TPCE de Johnson (2019) ha sido adaptado según las características de la población atendida (padres de niños con TEA). Se presenta a continuación la estructura de las sesiones y los objetivos a alcanzar (Ver Anexo 1 para ver en detalle el desarrollo de cada sesión):

Tabla 1

Resumen de la estructura de las sesiones de la intervención		
Fase	Sesión	Objetivos
1. Desescalada	1. Creación de alianza	1. Evaluación de los estilos de apego e identificación de los motivos de conflicto
	2. Identificación del ciclo negativo	2. Identificación de la postura de cada miembro durante el conflicto marital
	3. Acceso a las emociones	3. Identificación de las emociones que subyacen a los conflictos
	4. Replanteamiento de los problemas	4. Identificación del problema común
2. Cambios en la interacción	5. Aceptación y expresión de emociones	1. Expresión y aceptación de las emociones de ambos miembros
	6. Aceptación sin juzgar la experiencia del otro	2. Aceptación de la experiencia del otro y creación de un entorno seguro para la comunicación en la pareja
	7. Reorganización de la interacción de pareja	3. Modificación de los patrones de interacción en la pareja y creación de compromiso emocional

3. Afianzamiento	8. Favorecer nuevas soluciones	1. Se fomenta que la pareja busque nuevas soluciones a los conflictos pasados
	9. Afianzar los nuevos patrones	2. Se estabilizan los nuevos patrones de interacción en la pareja

- Evaluación de la eficacia: medidas pre y postratamiento, de seguimiento y diseño

La eficacia del programa se evaluará midiendo en la fase pretest antes del inicio de la intervención los niveles de estrés parental con el SPI/SF y el nivel de calidad de pareja con el DAS, en la fase postratamiento se realizará una evaluación una vez finalizada la última sesión de la terapia de pareja, y una evaluación de seguimiento a los seis meses para comprobar si se mantienen los resultados. El encargado de recoger los datos será el psicólogo que impartirá la terapia, todas las mediciones se realizarán tanto al grupo experimental como al grupo control (lista de espera) en el mismo periodo temporal. Los miembros se asignarán al grupo experimental y control de manera aleatoria asegurando la equivalencia de género en ambos grupos.

Diseño

Se propone un diseño de estudio cuasiexperimental con grupo control equivalente, de medidas repetidas pretratamiento, postratamiento y medida de seguimiento a los 6 meses de finalizar la terapia. El grupo control permanecerá en formato lista de espera mientras se realiza la intervención en el grupo experimental, y una vez finalizada la intervención y tomada la medida de seguimiento, se les ofrecerá la participación en la intervención.

ANÁLISIS Y RESULTADOS PREVISTOS

Una vez finalizada la intervención se dispondrá de las siguientes medidas en el grupo experimental y del grupo control:

Tabla 2

<i>Principales resultados de las variables después de la intervención</i>		
	Grupo experimental	Grupo control
Medidas pretratamiento	Niveles altos de estrés parental y baja calidad de relación de pareja	Niveles altos de estrés parental y baja calidad de relación de pareja
Aplicación del tratamiento	Si procede	No procede

Medidas postratamiento	Bajos niveles de estrés parental y alta calidad de relación de pareja	Niveles altos de estrés parental y baja calidad de relación de pareja
Medidas de seguimiento	Bajos niveles de estrés parental y alta calidad de relación de pareja	Niveles altos de estrés parental y baja calidad de relación de pareja

Como se refleja en la tabla 2 se espera que no haya diferencias intergrupos en las medidas pretest, pero que sí haya diferencias significativas intergrupos en las medidas posttest y seguimiento. Con el fin de evaluar si hay diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en las variables estrés y calidad de relación, se aplicará la prueba *T de Student* para muestras independientes. Se asume a priori que las medias seguirán una distribución normal; sin embargo, si fuese necesario se aplicaría el estadístico *Wilcoxon*.

Con el fin de comparar las diferencias de las medidas intragrupo se usará un análisis de varianza ANOVA de un factor de medidas repetidas. Se esperan diferencias intragrupo significativas en el grupo experimental, y un mantenimiento de los niveles de las variables en el grupo control.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados sugieren un impacto positivo del programa de intervención, dado que los sujetos experimentales muestran significativamente: 1) una reducción de los niveles del estrés parental, 2) un incremento de la calidad de la relación de pareja y 3) estos resultados se mantienen pasados seis meses desde la finalización de la intervención.

Dichos resultados nos permitirían mantener nuestra hipótesis de partida. Es decir, la aplicación del programa de intervención mejoraría los niveles de estrés parental reduciéndolo al aportar a los padres claves para su manejo, por otro lado, mejoraría la calidad de la relación de pareja interviniendo en los errores que se puedan estar cometiendo en la pareja por mala gestión emocional propia.

A la vista de las variaciones de las variables dependientes podemos alcanzar la conclusión de que la efectividad de la intervención del programa propuesto surte los efectos esperados, convirtiéndose en una opción beneficiosa para mejorar la calidad de vida de los padres de niños con TEA.

Estos resultados apuntan en la misma dirección que los obtenidos en otros estudios que han sugerido una relación positiva entre la mejora de la calidad de la relación de pareja y la disminución del estrés parental (Piro-Gambetti et al., 2024; Sim et al., 2016) así como de los trabajos que confirman los efectos positivos de la TPCE en el aumento de la calidad de la relación de pareja y la felicidad conyugal (Cloutier et al., 2002) siendo esta terapia más efectiva y manteniéndose estos resultados en el seguimiento (Torres y Maldonado-Peña, 2020).

El programa de intervención propuesto pretende aportar a la investigación realizada hasta el momento la aplicación de una terapia de pareja específicamente indicada para abordar los problemas de pareja que puedan surgir con la llegada de un hijo con autismo.

Como limitaciones del presente estudio encontramos que se trata de un programa de intervención que todavía no se ha llevado a cabo. Además, se trata de un estudio transversal, con las limitaciones que ello conlleva. Se compone de una muestra de 50 parejas heterosexuales con lo que convendría que se tratase de una muestra más amplia y con diversas orientaciones sexuales para poder generalizar los resultados.

A pesar de las limitaciones que presenta esta investigación, los resultados del estudio pueden tener implicaciones para la práctica. En concreto, la implementación como programa preventivo en las diferentes asociaciones destinadas a la ayuda de niños con TEA como AP-NEEF, AAIF o AMADIBA, entre otras, además de los centros de salud, en los que una vez se recibe el diagnóstico del niño se deriva a los padres a sesiones del programa con el PEPC encargado de impartirlo.

Entre las futuras líneas de investigación se puede plantear: 1) aplicación del programa a una muestra compuesta por parejas de diversos grupos étnicos, 2) aplicación de la intervención a parejas de diversas orientaciones sexuales y 3) aplicación del programa en un estudio longitudinal.

REFERENCIAS

Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index, Odessa: Psychological Assessment Resources. Inc. PMCID, 2528464.

American Psychiatric Association, D. y Association, A. P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5). American psychiatric association Washington, DC. https://www.academia.edu/download/38718268/csl6820_21.pdf

Bagnato Núñez, M. J., Hontou Beisso, C., Barbosa Molina, E. y Gadea Rojas, S. (2023). Estrés parental, depresión y calidad de vida familiar en cuidadores principales de personas con TEA. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 11(2), 149-164.

Begum, R. y Mamin, F. A. (2019). Impact of Autism Spectrum Disorder on Family. *Autism-Open Access*, 09(04). <https://doi.org/10.35248/2165-7890.19.9.244>

Byrne, M., Carr, A., y Clark, M. (2004). The Efficacy of Behavioral Couples Therapy and Emotionally Focused Therapy for Couple Distress. *Contemporary Family Therapy*, 26(4), 361-387. <https://doi.org/10.1007/s10591-004-0642-9>

Chan, K. K. S. y Leung, D. C. K. (2020). The Impact of Child Autistic Symptoms on Parental Marital Relationship: Parenting and Coparenting Processes as Mediating Mechanisms. *Autism Research*, 13(9), 1516-1526. <https://doi.org/10.1002/aur.2297>

Cloutier, P. F., Manion, I. G., Walker, J. G. y Johnson, S. M. (2002). Emotionally Focused Interventions for Couples with Chronically Ill Children: A 2-Year Follow-Up. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(4), 391-398. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb00364.x>

Davis, N. O. y Carter, A. S. (2008). Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Associations with Child Characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1278-1291. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0512-z>

Deater-Deckard, K. (1998). Parenting Stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314-332. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>

Díaz-Herrero, Á., López-Pina, J. A., Pérez-López, J., Nuez, A. G. B. de la y Martínez-Fuentes, M. T. (2011). Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a Sample of Spanish Fathers. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 990-997. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.44

García-López, C., Sarriá, E., Pozo, P. y Recio, P. (2016). Supportive Dyadic Coping and Psychological Adaptation in Couples Parenting Children with Autism Spectrum Disorder: The Role of Relationship Satisfaction. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 3434-3447. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2883-5>

Gau, S. S.-F., Chou, M.-C., Chiang, H.-L., Lee, J.-C., Wong, C.-C., Chou, W.-J. y Wu,

Y.-Y. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 263-270. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.05.007>

Hartley, S. L., DaWalt, L. S. y Schultz, H. M. (2017). Daily Couple Experiences and Parent Affect in Families of Children with Versus Without Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(6), 1645-1658. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3088-2>

Hayes, S. A. y Watson, S. L. (2013). The Impact of Parenting Stress: A Meta-analysis of Studies Comparing the Experience of Parenting Stress in Parents of Children With and Without Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629-642. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y>

Ilias, K., Cornish, K., Kummar, A. S., Park, M. S.-A. y Golden, K. J. (2018). Parenting Stress and Resilience in Parents of Children With Autism Spectrum Disorder (ASD) in Southeast Asia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00280>

Johnson, S. M. (2019). *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families*. Guilford Publications.

Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L. y Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 67-79. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.67>

Kuhlthau, K., Payakachat, N., Delahaye, J., Hurson, J., Pyne, J. M., Kovacs, E. y Tilford, J. M. (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1339-1350. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.07.002>

Martín-Lanas, R., Cano-Prous, A. y Beunza-Nuin, M. I. (2017). DAS—Escala de Ajuste Diádico—Adaptación Española. TEA Ediciones: Madrid, Spain.

Operto, F. F., Pastorino, G. M. G., Scuoppo, C., Padovano, C., Vivenzio, V., Pistola, I., Belfiore, G., Rinaldi, R., de Simone, V. y Coppola, G. (2021). Adaptive Behavior, Emotional/Behavioral Problems and Parental Stress in Children With Autism Spectrum Disorder. *Frontiers in Neuroscience*, 15. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.751465>

Padden, C. y James, J. E. (2017). Stress among Parents of Children with and without Autism Spectrum Disorder: A Comparison Involving Physiological Indicators and Parent Self-Reports. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 29(4), 567-586. <https://doi.org/10.1007/s10882-017-9547-z>

Piro-Gambetti, B., Greenlee, J., Bolt, D., Papp, L. M. y Hartley, S. L. (2024). Parent- couple satisfaction, parent depression, and child mental health in families with autistic children. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1306456>

Randall, A. K. y Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 105-115. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.004>

Sim, A., Cordier, R., Vaz, S. y Falkmer, T. (2016). Relationship satisfaction in couples raising a child with autism spectrum disorder: A systematic review of the literature. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 31, 30-52. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.07.004>

Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>

Torres, A. L. J. y Maldonado-Peña, M. (2020). Terapia de Pareja Centrada en las Emociones. *Revista Griot*, 13(1), Article 1.

ANEXO 1: DETALLE DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Tabla 3

Detalle de las sesiones del programa de intervención adaptado a la población objetivo			
Sesión	Título	Actividades	Técnicas
1	Creación de alianza	1. Identificar los patrones de apego antiguos de la pareja	Entrevista
			Externalización
		2. Formular hipótesis de los patrones de apego y las emociones que subyacen	Uso de la metáfora
2	Identificación del ciclo negativo	3. Expresión de como se ha sentido cada miembro de la pareja desde la llegada del hijo y desde su diagnóstico	Técnicas de terapia narrativa
		1. Identificar la postura de cada miembro de la pareja durante el conflicto (si ataca, si huye, si persigue o si tiene otro patrón desorganizado)	Role Playing
		2. Identificar y expresar como influye el patrón de apego anterior de la pareja actualmente	Relajación
3	Acceso a las emociones	3. Desarrollo de empatía hacia el patrón de respuesta de la pareja	
		1. Identificaciones de las emociones subyacentes detrás del conflicto de pareja	Externalización
			Psicoeducación
		2. Reconocimiento y expresión del propio patrón en el conflicto	

		3. Empatía hacia la pareja al escuchar como le afecta el ciclo negativo en la paternidad/ maternidad	
4	Replanteamiento de los problemas	1. Identificación y externalización del problema de pareja 2. Compromiso de mejora en pareja 3. Cambio de rol individual a grupal	Psicoeducación Relajación
5	Aceptación y expresión de emociones	1. Se expresan todas las emociones sentidas desde que se iniciaron los conflictos en la pareja 2. Ejercicio de ponerse en el lugar del otro entendiendo sus emociones	Role Playing Reflejo Validación
6	Aceptación sin juzgar la experiencia del otro	1. Ejercicio de intercambio de posturas en el conflicto (vivirlo desde la otra postura) 2. Puesta en común de las emociones sentidas	Role Playing Psicoeducación Interpretación empática Técnica de sembrar apego
7	Reorganización de la interacción de pareja	1. Ejercicio de fortalecimiento del vínculo 2. Reestructuración del patrón de cada miembro en un futuro conflicto 3. Expresión de las emociones y sentimientos hacia el otro	Psicoeducación Disquisición Técnica de sembrar apego Reestructurar las interacciones

8	Favorecer nuevas soluciones	1. Puesta en común de las nuevas soluciones encontradas por la pareja 2. Ejercicios de creatividad 3. Planeación de la nueva organización respecto a la pareja y el afrontamiento de la crianza del hijo	Psicoeducación
9	Afianzar los nuevos patrones	1. Consolidación de los nuevos patrones de interacción en la pareja y en la paternidad/ maternidad 2. Reorganización del apego y explicación de cómo prevenir la recaída en el ciclo negativo anterior	Psicoeducación

Fuente: elaboración propia

ANEXO 2: DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO CIENTÍFICO, PARA LA DEFENSA DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Fecha: 17 de mayo de 2024

Quién se suscribe:

Autor: ANTONIA RIVERA MARÍ

D.N.I.: 49410406N

Hace constar que es el autor(a) del trabajo:

Título completo del trabajo.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN TERAPIA DE PAREJA CENTRADA EN EMOCIONES (TPCE) PARA PADRES DE HIJOS CON AUTISMO

En tal sentido, manifiesto la originalidad de la conceptualización del trabajo, interpretación de datos y la elaboración de las conclusiones, dejando establecido que, aquellos aportes intelectuales de otros autores, se han referenciado debidamente en el texto de dicho trabajo.

DECLARACIÓN:

- Garantizo que el trabajo que remito es un documento original y no ha sido publicado, total ni parcialmente, en otra revista.
- Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de sus datos, por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él.
- No he incurrido en fraude científico, plagio o vicios de autoría; en caso contrario, aceptaré las medidas disciplinarias sancionadoras que correspondan.

Fdo. 

AVALUACIÓ DE LA INTEL·LIGÈNCIA EMOCIONAL I LA SEVA RELACIÓ AMB EL COMPROMÍS I LA SATISFACCIÓ LABORAL EN EL SECTOR TÈXTIL

EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON EL COMPROMISO Y LA SATISFACCIÓN LABORAL EN EL SECTOR TEXTIL

EVALUATION OF EMOTIONAL INTELLIGENCE AND ITS RELATIONSHIP WITH ENGAGEMENT AND JOB SATISFACTION IN THE TEXTILE SECTOR

GABRIELA IONELA MANICEA

Universitat de les Illes Balears (UIB)

Curs acadèmic 2023 - 2024

Treball de fi de grau de Psicologia

Contacte:

gabriela-ionela.manicea1@estudiant.uib.cat

RESUM

El present estudi s'ha centrat en l'avaluació de la intel·ligència emocional i la seva relació amb el compromís i la satisfacció laboral dins del sector tèxtil, indagant en com la gestió de les emocions pot impactar en el compromís laboral i la satisfacció en el lloc de treball. Es va realitzar un estudi quantitatiu en el qual es varen valorar les tres variables en una mostra formada per 36 treballadors/es actius/ves, utilitzant tres instruments d'avaluació diferenciats: Qüestionari UWES per al compromís, el Qüestionari WLEIS-S per a la Intel·ligència Emocional i el Qüestionari de Satisfacció Laboral S20/23.

Malgrat que els resultats no varen mostrar relacions estadísticament significatives entre intel·ligència emocional i satisfacció laboral ni tampoc entre la intel·ligència emocional i el compromís, sí que es va trobar una relació positiva estadísticament significativa entre el compromís i la satisfacció laboral. Aquest resultat destaca la importància que té el fet d'incorporar unes polítiques organitzacionals que promoguin un ambient laboral que sigui compromès, ja que facilitaria el benestar i la satisfacció entre la plantilla.

PARAULES CLAU: Intel·ligència emocional, satisfacció Laboral, compromís, sector tèxtil

RESUMEN

El presente estudio se ha centrado en la evaluación de la inteligencia emocional y su relación con la satisfacción laboral y el compromiso dentro del sector textil, indagando en cómo la gestión de las emociones puede impactar en el compromiso laboral y la satisfacción en el puesto de trabajo. Se realizó un estudio cuantitativo en el que se valoraron las tres variables en una muestra formada por 36 trabajadores/as activos/as, utilizando tres instrumentos de evaluación diferenciados: Cuestionario UWES para el compromiso, el Cuestionario WLEIS-S para la inteligencia emocional y el Cuestionario de satisfacción laboral S20/23.

Aunque los resultados no mostraron relaciones estadísticamente significativas entre inteligencia emocional y satisfacción laboral ni tampoco entre la inteligencia emocional y el compromiso, sí que se encontró una relación positiva estadísticamente significativa entre el compromiso y la satisfacción laboral. Este resultado destaca la importancia que tiene el hecho de incorporar unas políticas organizacionales que promuevan un ambiente laboral que sea comprometido, ya que facilitaría el bienestar y la satisfacción entre la plantilla.

PALABRAS CLAVE: *Inteligencia emocional, Satisfacción laboral, compromiso, Sector textil*

ABSTRAT

This study has focused on the evaluation of emotional intelligence and its relationship with job satisfaction and engagement within the textile sector, investigating how the management of emotions can impact on job commitment and satisfaction in the workplace. A quantitative study was carried out in which the three variables were assessed in a sample of 36 active workers, using three different assessment instruments: the UWES Questionnaire for Commitment, the WLEIS-S Questionnaire for Emotional Intelligence and the S20/23 Job Satisfaction Questionnaire. Although the results did not show statistically significant relationships between emotional intelligence and job satisfaction, nor between emotional intelligence and engagement, a statistically significant positive relationship was found between engagement and job satisfaction. This result highlights the importance of incorporating organisational policies that promote a committed work environment, as it would facilitate well-being and satisfaction among the workforce.

KEY WORDS: *Emotional intelligence, Job satisfaction, Engagement, Textile sector*

INTRODUCCIÓN

La importancia de comprender y gestionar las emociones en el entorno laboral ha cobrado un mayor interés a raíz del estudio de la inteligencia emocional. Anteriormente, se valoraba mucho más el alto cociente intelectual para predecir el rendimiento laboral; sin embargo, las investigaciones recientes han destacado la relevancia de la inteligencia emocional cómo la habilidad para entender y manejar las emociones propias y las ajenas. Esto no solo aumenta la satisfacción personal, sino que también fomenta comportamientos que potencian la productividad y eficiencia en el trabajo (Araujo y Guerra, 2007).

La inteligencia emocional es una habilidad especialmente importante en aquellos puestos de trabajo que requieren una interacción directa con clientes, pacientes, alumnado, etc. Estas posiciones requieren un manejo emocional habilidoso que, según Karimi et al., (2021), además de reforzar el compromiso y estabilidad emocional de la plantilla, también optimiza los resultados y la satisfacción de la clientela. La eficacia de esta formación se ve reflejada en una mejora del rendimiento organizacional, lo que demuestra que invertir en la formación y el desarrollo emocional es fundamental para conseguir el éxito empresarial. Por otro lado, la investigación de Doğru (2022) demuestra una relación positiva entre la inteligencia emocional y el compromiso laboral, así como conductas proactivas que resultan en un mejor desempeño.

Más allá de la mera productividad laboral, Carmona-Fuentes et al., (2018) destacan que la inteligencia emocional tiene un impacto significativo en el bienestar personal de la plantilla, lo que a su vez mejora el ambien-

te laboral general. Este bienestar personal se traduce en mejoras en el clima organizacional y en las relaciones interpersonales dentro de la entidad, como fue observado por O'Boyle et al., (2011), quienes notaron que las personas trabajadoras con altos niveles de inteligencia emocional desarrollan mejores habilidades de colaboración y de comunicación. Todos estos hallazgos destacan la importancia de incorporar la inteligencia emocional en los programas de desarrollo profesional y sugieren que es una estrategia esencial para aquellas organizaciones que se basan en la calidad de las interacciones humanas al brindar su servicio.

Conforme con estas observaciones, Goleman (1999) afirma que un número cada vez mayor de empresas consideran el desarrollo de la inteligencia emocional como un componente crucial de su estrategia corporativa, con el fin de lograr con éxito sus objetivos y al mismo tiempo promover el desarrollo personal y mantener la competitividad. Este enfoque muestra un cambio significativo en los paradigmas de la competitividad empresarial, ya que se enfocan tanto en la calidad de los servicios como en la gestión efectiva del talento humano.

Por todo ello, este trabajo tiene como objetivo principal evaluar la inteligencia emocional en el lugar de trabajo, concretamente en el sector textil, explorando su relación con la satisfacción laboral y el compromiso.

MARCO CONCEPTUAL

1) Inteligencia emocional

La inteligencia emocional se ha convertido en un tema de gran interés para muchos psicólogos y esta curiosidad surgió a raíz de la

necesidad de comprender cómo las diferentes capacidades cognitivas de las personas impactan su desempeño en diferentes contextos, según explica Díaz (2013). La definición de inteligencia emocional incluye la capacidad para identificar, aplicar, interpretar y gestionar las propias emociones y también las ajenas con el fin de abordar desafíos y ajustar comportamientos (Leo-Muñoz, 2016).

Para poder comprender de manera correcta la inteligencia emocional es necesario que se examinen los componentes que la forman, que son la inteligencia y la emoción. La Psicología identifica una estructura de la mente compuesta por cognición, afecto y motivación. La dimensión cognitiva engloba procesos como la memoria, el razonamiento, el juicio y el pensamiento conceptual. Por otro lado, la dimensión del afecto se ocupa de las emociones y de los estados de ánimo y las valoraciones. Con lo cual, cualquier definición de inteligencia emocional debe integrar de alguna manera tanto la inteligencia como las emociones, considerando en todo momento ambos aspectos. Finalmente, la motivación representa la tercera dimensión y está vinculada a los impulsos biológicos o acciones deliberadas dirigidas hacia el logro de objetivos específicos (Leo-Muñoz, 2016).

La teoría de las inteligencias múltiples propuesta por Gardner marcó un punto de inflexión al desafiar la noción tradicional de una inteligencia única, sentando así las bases para el desarrollo posterior del concepto de inteligencia emocional (Díaz 2013). A raíz de la aceptación y aplicación del término inteligencia emocional, diversos teóricos han propuesto una amplia variedad de modelos que se centran en habilidades específicas o

competencias, patrones de comportamiento e inteligencia.

A lo largo de los últimos años se ha establecido una distinción entre dos principales enfoques conceptuales en la investigación de la inteligencia emocional:

- Los modelos basados en habilidades, enfocados en examinar las capacidades para así poder aprovechar la información que las emociones nos ofrecen y aportan, con el fin de enriquecer nuestro pensamiento.
- Los modelos mixtos o de rasgos, formados tanto por las capacidades cognitivas como por las características personales, además de elementos como la motivación o la felicidad.

Entre los modelos más influyentes de inteligencia emocional se encuentran el Modelo de Inteligencia Emocional de Goleman (1995), el Modelo de Habilidades de Salovey y Mayer (2000) y el Modelo de Inteligencia Emocional de Bar-On (2000).

a) Modelo de inteligencia emocional de Goleman

Daniel Goleman describe la inteligencia emocional como la habilidad para automotivarse, persistir en el esfuerzo frente a desafíos, manejar impulsos, postergar la satisfacción inmediata, regular los estados emocionales, prevenir que el estrés afecte al pensamiento lógico, y desarrollar la empatía y la confianza hacia otros; su enfoque se dirige principalmente hacia el contexto organizacional (Leo-Muñoz, 2016).

Goleman introduce el concepto de Cociente Emocional (CE), que no se opone al Cociente Intelectual (CI), sino que ambos se ven como complementarios. Su investigación se enfoca en el ámbito empresarial y organizacional, buscando identificar los factores que predicen la efectividad y el éxito profesional (Leo-Muñoz, 2016). A partir de observaciones de los empleados más destacados, identificó cuatro áreas clave de competencias, tanto personales como sociales. Según Goleman, estas competencias emocionales, que se derivan de la inteligencia emocional y se pueden aprender, son fundamentales para lograr un rendimiento sobresaliente en el trabajo (Leo-Muñoz, 2016). Las cuatro competencias esenciales incluyen:

- **Autoconciencia:** Capacidad de identificar y comprender las propias emociones, sentimientos y características personales, así como su impacto en otros. Las habilidades derivadas incluyen la confianza en uno mismo y la generación de estados de ánimo positivos y alegres. Individuos con un elevado conocimiento propio mantienen una honestidad consigo mismos y hacia los demás.
- **Autorregulación:** Capacidad para controlarse a sí mismo, asumir responsabilidades, ser adaptable, innovador y ejercer autocontrol. Quienes poseen un nivel alto de autogestión pueden expresar sus emociones y el efecto de éstas en su labor de manera clara y directa. Son personas altamente productivas y eficientes, capaces de posponer la satisfacción inmediata y controlar sus impulsos.
- **Conciencia social:** Capacidad para percibir y responder a los sentimientos,

preocupaciones y necesidades de otros. Las habilidades desarrolladas incluyen la influencia interpersonal, la comunicación efectiva, la resolución de conflictos, el liderazgo y la creación de relaciones sólidas.

- **Relaciones de dirección:** Capacidad para dirigir e influir en las interacciones con otros y forjar redes de apoyo. Las competencias asociadas incluyen el fomento del trabajo en equipo y la cooperación para alcanzar objetivos comunes.

Su conceptualización y desglose del tema continúan siendo valorados por muchos como un marco relevante, especialmente en contextos organizacionales (Leo-Muñoz, 2016).

b) Modelo de habilidades de Salovey y Mayer

Peter Salovey y John D. Mayer son reconocidos por haber sido los pioneros en definir el concepto de inteligencia emocional en el año 1990. Ellos describen la inteligencia emocional como la habilidad que permite reconocer y comprender los propios sentimientos y emociones, así como los de otras personas, diferenciar entre ellos y aplicar esta comprensión para dirigir las propias acciones y procesos de pensamiento (Salovey y Mayer, 1990).

El enfoque de Salovey y Mayer hacia la inteligencia emocional es que la conceptualiza como una forma auténtica de inteligencia que se fundamenta en la capacidad para utilizar las emociones de manera adaptativa y aplicarlas al pensamiento. Según su perspectiva, las emociones son cruciales para la resolución de problemas y la adaptación a un entorno en constante cambio, como lo señalan

Stenberg y Kaufman (1998). Así, este enfoque puede ser visto como un modelo funcionalista enfocado en cómo se procesa la información emocional, integrando emociones y cognición para mejorar el razonamiento y proporcionar una comprensión más profunda de nuestra vida emocional. Se reconoce también como un sistema de inteligencia que debe ser considerado junto con otras formas de inteligencia ya reconocidas, como por ejemplo la inteligencia verbal, ya que hay una importante relación con la capacidad de expresar y de entender las emociones.

Mayer y Salovey (1997) definen la inteligencia emocional mediante cuatro niveles distintos de habilidades emocionales:

- Percepción, valoración y expresión emocional (Nivel 1): Capacidad para identificar emociones propias y ajenas, así como en objetos, arte, narrativas, música y otros estímulos diversos.
- Facilitación emocional (Nivel 2): Capacidad para crear y aplicar emociones, reconociendo su importancia para comunicarse eficazmente o para integrarlas en procesos de pensamiento.
- Comprensión emocional (Nivel 3): Capacidad para interpretar la información emocional, entender cómo las emociones se combinan y evolucionan, y comprender el significado de estas dinámicas emocionales.
- Regulación emocional (Nivel 4): Capacidad para aceptar emociones, ajustarlas en uno mismo y en los demás con el objetivo de fomentar el entendimiento y el desarrollo personal.

Estas competencias se interrelacionan de la siguiente manera: la percepción, la comprensión y el manejo de las emociones (niveles 1, 3, y 4) se relacionan con reflexionar acerca de las emociones, mientras que el uso de las emociones para facilitar el pensamiento (nivel 2) se refiere a cómo las emociones pueden potenciar el proceso de razonamiento. Es un esquema organizado de forma jerárquica que parte de las capacidades más elementales hacia las más avanzadas. Este enfoque ha sido el foco de un amplio volumen de investigaciones y literatura académica.

c) Modelo de Inteligencia Emocional de Bar-On

En 1998, Reuven Bar-On presentó su disertación doctoral titulada *"The development of a concept of psychological well-being"*, que sentó las bases para su enfoque sobre la inteligencia emocional, a la que se refiere como Inteligencia Emocional Social (IES). El modelo propuesto por Bar-On se caracteriza por ser un punto de encuentro entre habilidades emocionales y sociales, destrezas y elementos facilitadores que se combinan para influir en cómo las personas entienden y expresan sus emociones, se relacionan con otros y manejan las demandas diarias. La IES se define por la interacción dinámica de ciertas características emocionales y de personalidad, que incluyen:

- Área intrapersonal: La capacidad para identificar, entender y expresar los propios sentimientos de manera constructiva.
- Área interpersonal: La capacidad para percibir y entender las emociones de

otros, y establecer relaciones que sean beneficiosas y constructivas.

- Área de adaptabilidad: La habilidad para ajustarse, solucionar problemas personales e interpersonales, y modificar las emociones según el contexto.
- Gestión del estrés: La habilidad para gestionar el estrés y regular las emociones de manera efectiva.
- Estado de ánimo positivo: La capacidad para experimentar emociones positivas y mantenerse motivado.

El enfoque de Bar-On ha sido valorado por su capacidad para predecir cómo la inteligencia emocional influye en aspectos como la salud mental y física, el bienestar general y el éxito en el ámbito laboral y educativo. Sin embargo, también se ha señalado que su modelo no solo abarca habilidades cognitivas relacionadas con las emociones, sino que también incluye habilidades sociales (como la asertividad), rasgos de personalidad (como el control de impulsos) y estados de ánimo (como el optimismo), lo que ha generado ciertas críticas y señalamientos sobre sus limitaciones (Leo-Muñoz, 2016).

2) Compromiso

El compromiso se ha definido como un estado motivacional positivo en el contexto laboral, distinguido por tres aspectos fundamentales: el vigor, la dedicación y la absorción (Schafeuli et al., 2022).

- El vigor se caracteriza por una energía elevada, la capacidad de perseverar y

mantenerse firme frente a los desafíos y dificultades en el trabajo.

- La dedicación se manifiesta a través de un alto grado de compromiso con el trabajo, acompañado de entusiasmo, sensación de inspiración, orgullo en las tareas realizadas y la percepción de estos desafíos como oportunidades.
- La absorción se define por una concentración profunda y una experiencia gratificante al estar inmerso en las actividades laborales, donde el tiempo parece pasar rápidamente y el trabajo se siente extremadamente gratificante.

Bakker y Demerouti (2008) proponen un modelo que resalta la importancia de los recursos laborales y personales como causas principales del compromiso. Según este modelo, el apoyo de los supervisores, las oportunidades de desarrollo y el tipo de trabajo, así como también la autoeficacia y el optimismo, juegan un papel muy importante en el desarrollo del compromiso. De manera similar, Schaufeli y Bakker (2004) también enfatizan en su estudio que empleados/as que cuentan con recursos como autonomía, feedback y apoyo tienden a estar más comprometidos con su trabajo. Estos recursos además de aumentar la motivación y el compromiso en el lugar de trabajo reducen el riesgo de burnout, lo que demuestra que es necesario un equilibrio entre las demandas y los recursos para que haya un compromiso positivo.

Además, el compromiso tiene muchas consecuencias positivas tanto para la plantilla como para la organización, ya que se ha demostrado que está fuertemente vinculado con mayores niveles de productividad, rentabilidad y satis-

facció, así como también con menores tasas de rotación y ausentismo (Harter et al., 2002). Por otro lado, en el estudio realizado por Saks (2006) se observó que los/las empleados/as con altos niveles de compromiso sienten que su trabajo tiene un propósito y además tienen un mayor bienestar general, reforzando así su lealtad y compromiso con la organización.

3) Satisfacción laboral

La satisfacción laboral puede ser considerada como una reacción emocional favorable de una persona hacia su trabajo, basada en la comparación entre lo que el trabajo ofrece y los valores laborales que la persona desea satisfacer (Locke, 1976, 1984). Por otro lado, la insatisfacción laboral se entiende como una actitud negativa hacia el empleo, donde el/la trabajador/a puede sentirse desatendido/a, frustrado/a y en desacuerdo con los valores promovidos por su puesto.

Aunque se podría considerar la satisfacción laboral desde una perspectiva simple y general, es importante reconocer que se trata de una actitud que está influenciada por muchos factores. Esto significa que lo que satisface a una persona en su entorno laboral podría ser exactamente lo que genera insatisfacción en otra. De este modo, la satisfacción laboral se entiende mejor como una valoración subjetiva, un aspecto que Locke integró en su teoría. Además, se ha demostrado que la satisfacción laboral se correlaciona con aspectos clave como la productividad, el absentismo, la rotación de empleo y el compromiso con la organización (Leo-Muñoz, 2016).

Los estudios realizados hasta el momento indican que la satisfacción laboral está influenciada por muchos factores y, tradicionalmen-

te, se han identificado tres principales explicaciones para poder entender las diferencias que hay en la satisfacción laboral de los/las empleados/as:

1. Se pueden dar variaciones en la satisfacción laboral debido a diferencias en la personalidad de cada persona.
2. Algunos elementos específicos del trabajo como por ejemplo el salario, las oportunidades de ascenso, los horarios laborales u otros factores propios de la organización.
3. La interpretación personal que los/las empleados/as hacen de estos factores.

De esta manera, la gama de elementos que pueden influir en la satisfacción laboral es muy amplia, abarcando desde el periodo de vacaciones hasta el aprecio y reconocimiento por parte de los superiores, así como las oportunidades de promoción profesional, entre otros.

Basándose en estos hallazgos, los estudios posteriores han querido profundizar en estas áreas considerando que la satisfacción laboral depende mayoritariamente de las características del trabajo, las condiciones laborales y las relaciones interpersonales, tal como se señala en los estudios de Topa y Morales (2005). Estas dimensiones son esenciales para poder entender cómo se configura la experiencia laboral de los/las empleados/as y, por lo tanto, ya no bastaría con considerar únicamente el salario o la posición en la estructura organizacional. Sería importante también tener en cuenta las oportunidades de autonomía, participación y el sentido de contribución, que en conjunto podrían englobarse en los elementos

intrínsecos derivados de las diversas percepciones personales.

Avanzando sobre la amplia variedad de definiciones de satisfacción laboral, es importante resaltar otra que propone que las dimensiones objetivas y subjetivas de la satisfacción en el trabajo deben mantener una relación cercana, permitiendo que la satisfacción de los empleados afecte las características de su puesto y, a la inversa, estas características influyeran su satisfacción (Iglesias et al., 2011).

Es importante señalar que la satisfacción laboral se asocia con culturas organizacionales que se centran en el bienestar del empleado, son inclusivas, colectivistas y pragmáticas, según lo indican Calderón et al. (2003). Se enfatiza además que, cuando se promueve una comunicación efectiva dentro de la organización, esto contribuye a fortalecer la confianza, lo cual es fundamental para mejorar el bienestar de los empleados.

4) Inteligencia emocional y compromiso

En el contexto del modelo de recursos y demandas (JD-R) la inteligencia emocional es conceptualizada como un recurso personal que puede modular las respuestas de los/las empleados/as a las distintas demandas laborales. Según Bakker y Demerouti (2017), el JD-R indica que los recursos laborales e incluso aquellos personales como puede ser la inteligencia emocional, puede atenuar los efectos de las demandas al promover la consecución de las metas profesionales y estimular el desarrollo personal. La inteligencia emocional permite a la plantilla percibir, expresar, comprender y regular sus propias emociones

de manera eficaz y, por todo ello, se relaciona directamente con una mayor capacidad para enfrentar las demandas del trabajo; también contribuye a la prevención del burnout y al fomento del compromiso (Schaufeli y Bakker, 2004).

Además, la inteligencia emocional no sólo ayuda a gestionar las emociones en situaciones estresantes, sino que también facilita las relaciones interpersonales positivas en el lugar de trabajo, lo cual es fundamental para un alto compromiso (Zeidner et al., 2012).

Por lo tanto, incorporar el desarrollo de la inteligencia emocional en las estrategias organizacionales para aumentar el compromiso puede ser una intervención eficaz. Salanova et al., (2005) sostienen que aumentar recursos personales como la inteligencia emocional puede aumentar la energía, la vitalidad y dedicación de la plantilla, lo cual se traduce en mayores niveles de compromiso.

5) Inteligencia Emocional y Satisfacción Laboral

En el ámbito laboral, la inteligencia emocional se ha demostrado como un recurso personal clave que puede influir significativamente en la satisfacción laboral de los empleados (Wong y Law, 2002; Carmeli, 2003).

Según Lopes et al., (2006), los/las empleados/as con mayores habilidades emocionales son más capaces de poder gestionar y afrontar las demandas tanto sociales como emocionales del trabajo. Schutte et al., (2001) encontraron que aquellas personas con una alta inteligencia emocional tienen mejores relaciones interpersonales y son mucho más efectivas en la comunicación, lo cual ayuda a

que haya un ambiente laboral más positivo, y, por ende, mayor satisfacción laboral.

La inteligencia emocional también se ha relacionado con una mayor resiliencia y capacidad para hacer frente a los cambios o desafíos en el lugar de trabajo. Un estudio de Carmeli (2003) mostró que los/las empleados/as con una elevada inteligencia emocional son mucho más resilientes y menos propensos al estrés, y esto se traduce en mayor satisfacción laboral.

Por último, Mayer et al., (2008) sugieren que la inteligencia emocional además de permitir a las personas a gestionar mejor sus propias emociones, también les ayuda a interpretar y responder mejor y de forma más adecuada a las dinámicas de la organización, lo cual es crucial para la satisfacción laboral.

Por todo ello, la inteligencia emocional es un factor esencial que puede mejorar de manera significativa la satisfacción laboral en el lugar de trabajo.

OBJETIVO E HIPÓTESIS

El principal objetivo de este estudio es la evaluación de la inteligencia emocional y su relación con la satisfacción laboral de los/las empleados/as, así como también el compromiso. Se parte de la premisa de que el desarrollo de esta habilidad emocional es clave para mejorar las relaciones interpersonales en el ámbito organizacional, ya que se ha demostrado que la inteligencia emocional además de estar vinculada a un incremento en el rendimiento laboral, también supone un impacto positivo en la satisfacción en el puesto de trabajo, dando lugar así a una mayor adaptabilidad a los cambios y un compromiso más profun-

do con la empresa (Carmona-Fuentes et Al, 2018).

Con lo cual, el objetivo general de este estudio consiste en comprobar la relación entre inteligencia emocional, satisfacción laboral y el compromiso, de modo que se procederá a evaluar los tres constructos en profesionales del sector textil con el fin de determinar si existe relación entre ellos y de qué tipo.

En cuanto a las hipótesis, se plantearon las siguientes 3:

- H1: Se espera encontrar una relación positiva estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional y la satisfacción laboral
- H2: Se espera encontrar una relación positiva estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional y el compromiso
- H3: Se espera encontrar una relación positiva estadísticamente significativa entre la satisfacción laboral y el Engagement

METODOLOGÍA

a) Participantes

En este estudio participaron 36 sujetos, siendo 30 de ellos mujeres (80.3%) y 6 hombres (16.7%) con edades que oscilaban entre los 19 y 48 años (Media 25; DT 5.99). Todos eran empleados activos en el sector textil, aunque pertenecían a diferentes empresas. En términos de formación académica, un 27.8% había cursado o estaban cursando estudios universitarios, un 25% poseía como máximo el título

de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), un 27.8% había alcanzado el nivel bachillerato y un 19.4% había realizado una Formación Profesional.

Respecto a la experiencia laboral en el sector, ésta variaba desde los 6 meses hasta los 19 años, reflejando una amplia diversidad en la duración de empleo entre los participantes. Y, finalmente, por lo que se refiere a la posición o cargo en las empresas, la mayoría eran dependientas/es, aunque también había cajeros/as, jefes de equipo y encargadas/os.

b) Instrumentos

CUESTIONARIO UWES: El cuestionario UWES es un instrumento para medir el compromiso. En este caso se utilizó la edición corta (ultrashort UWES-3) que consta de tres preguntas que incluyen los componentes fundamentales originales: vigor (pregunta 1), dedicación (pregunta 2) y absorción (pregunta 3), abarcando desde sentirse energizado, estar entusiasmado hasta estar plenamente inmerso. Las respuestas varían en una escala ordinal de 0 (casi nunca o pocas veces al año) a 6 (siempre o todos los días) (Juárez et Al, 2023).

CUESTIONARIO WLEIS-S: La Escala de inteligencia emocional de Wong y Law (WLEIS-S) adaptada al contexto español por Extremera y Sánchez-Álvarez en 2019 es un instrumento de autoevaluación compuesto por 16 preguntas. Estas se organizan en cuatro categorías principales: evaluación de las propias emociones (SEA: Self-Emotion Appraisal, preguntas

1 a 4), evaluación de las emociones de los demás (OEA: Other's Emotion Appraisal, preguntas 5 a 8), uso de las emociones (UOE: use of emotion, preguntas 9 a 12) y regulación de las emociones (ROE: regulation of emotion, preguntas 13 a 16). Estas preguntas se responden mediante una escala Likert con siete niveles, que van desde el desacuerdo total (1) hasta el acuerdo total (7) (Moreyra y Lincol, 2023).

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL S20/23: El instrumento S20/23, desarrollado por Meliá y Peiró en 1989, está compuesto por 23 preguntas agrupadas en cinco categorías: satisfacción con la supervisión, satisfacción con el ambiente físico de trabajo, satisfacción con las prestaciones recibidas, satisfacción intrínseca del trabajo y satisfacción con la participación. Estas preguntas se responden mediante una escala Likert que va de 1 (Muy insatisfecho) a 7 (Muy satisfecho) (Berenguer, 2021).

PROCEDIMIENTO

Las variables sociodemográficas y el cuestionario con las 3 variables se realizaron con un Formulario de Google para que a la hora de la recolección de datos fuera más sencillo llegar a más sujetos. Se realizó un enlace y se compartió vía WhatsApp a sujetos que formaban parte del sector y estos a su vez lo mandaron a conocidos de este (bola de nieve). En el mismo mensaje que se enviaba el enlace se les informaba que era totalmente confidencial y con fines exclusivamente académicos.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

Tabla 1.

Estadísticos descriptivos de las 3 dimensiones evaluadas en el estudio

	COMPROMISO	INTELIGENCIA EMOCIONAL	SATISFACCIÓN LABORAL
N	36	36	36
Media	3.93	5.33	5.01
Mediana	4.00	5.17	5.33
Desviación estándar	0.966	0.923	1.15

Análisis de fiabilidad

Tabla 2.

Análisis de Fiabilidad

Dimensión	Alpha de Cronbach	Nº de ítems
COMPROMISO	.885	3
INTELIGENCIA EMOCIONAL	.908	15
SATISFACCIÓN LABORAL	.951	23

En el presente estudio se observan los coeficientes de alfa de Cronbach obtenidos, que son .885 para compromiso, .908 para inteligencia emocional y .951 para satisfacción laboral e ilustran una homogeneidad notable entre las respuestas de los ítems. Esto asegura que las medidas que se han utilizado son consistentes en su propósito de evaluar las dimensiones específicas de interés, y, por lo

tanto, se puede confiar en la validez de las respuestas obtenidas.

Análisis de correlaciones

Con el objetivo de conocer si existen relaciones entre las diferentes variables se realizó un análisis de correlaciones de Pearson.

Tabla 3.
Matriz de Correlaciones

		COMPROMISO	INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA EMOCIONAL
COMPROMISO	R de Pearson	-		
	gl	-		
	valor-p	-		
	N	-		
INTELIGENCIA EMOCIONAL	R de Pearson	-0.201	-	
	gl	34	-	
	valor-p	0.239	-	
	N	36	-	
SATISFACCIÓN LABORAL	R de Pearson	0.470 **	0.285	-
	gl	34	34	-
	valor-p	0.004	0.092	-
	N	36	36	-

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

Solamente se ha hallado una relación estadísticamente significativa y positiva, siendo esta entre satisfacción laboral y compromiso. Entre las demás variables no se han hallado relaciones estadísticamente significativas.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL

Se encontró una relación estadísticamente significativa y positiva entre satisfacción laboral y compromiso, con lo cual, se realizó un análisis de regresión lineal con el objetivo de evaluar y determinar cómo el compromiso influye en la satisfacción laboral, además del género y de la posición que se ocupa en la empresa.

Tabla 4.
Medidas de Ajuste del Modelo

Modelo	R	R²
1	0.548	0.300

Coefficientes del modelo - SATISFACCIÓN LABORAL

Predictor	Estimador	EE	t	p
Constante ^a	2.538	0.739	3.435	0.002
COMPROMISO	0.589	0.183	3.219	0.003
¿Cuál es tu posición o cargo en la empresa?:				
2 – 1	0.147	0.501	0.294	0.771
Género:				
2 – 1	0.849	0.456	1.863	0.072

^a Representa el nivel de referencia

Los resultados obtenidos en el análisis de regresión lineal sugieren que el nivel de compromiso es un predictor significativo de su satisfacción laboral y queda demostrado en el coeficiente positivo para la variable compromiso, que es estadísticamente significativo.

Esto significa que a medida que el compromiso aumenta, también lo hace la satisfacción laboral en proporción. Por otro lado, el puesto o cargo en la empresa (dependiente/a o encargado/a) y el género no parecen influir significativamente en la satisfacción laboral

en esta muestra, lo que podría indicar que la experiencia de satisfacción en el trabajo trasciende estos factores demográficos y de posición en este contexto específico.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo consistía en estudiar la inteligencia emocional y su relación con la satisfacción laboral y el compromiso, así como también la relación entre satisfacción laboral y compromiso. Para poder llevar a cabo una buena evaluación se plantearon una serie de hipótesis.

En cuanto a la primera hipótesis planteada, se esperaba encontrar relación estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional y la satisfacción laboral, aunque finalmente los resultados no fueron los esperados y la hipótesis no se cumplió. A pesar de que la investigación previa, como por ejemplo la realizada por Orchard et Al. (2009) ha indicado en ocasiones una conexión positiva entre estas variables, los resultados obtenidos sugieren que la relación puede no ser universal o quizás puede ser afectada por otros factores no examinados en este estudio. Por ejemplo, en el estudio realizado por Newman et Al. (2010) se propone que la relación entre la inteligencia emocional y la satisfacción laboral puede estar mediada por habilidades sociales específicas o por factores como el estrés laboral.

Asimismo, estudios como el de Kafetsios y Zampetakis (2008) han resaltado que las diferencias tanto culturales como organizacionales podrían modificar la influencia que tiene la inteligencia emocional sobre la satisfacción laboral, lo que sugiere la necesidad de adaptar los enfoques de investigación a los contextos específicos.

Por otro lado, en cuanto a la segunda hipótesis planteada, se esperaba obtener una relación estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional y el compromiso, pero tampoco se cumplió, aunque la relación haya sido ampliamente documentada en varios estudios. Por ejemplo, un estudio de Zeidner et Al. (2012), encontró que los empleados que tenían altos niveles de inteligencia emocional tendían a mostrar un mayor compromiso con el puesto de trabajo, lo cual se podría traducir en un aumento de la productividad y el bienestar en el trabajo.

Además, el trabajo de Brackett et Al. (2011) destaca cómo las habilidades que están relacionadas con la inteligencia emocional son fundamentales para mejorar el compromiso entre las personas trabajadoras, ya que estas permiten una mejor gestión del estrés y también promueven unas mejores relaciones interpersonales en el ambiente laboral.

Por lo que a este estudio se refiere, es probable que factores como el sector, las expectativas de cada puesto o el apoyo que proporciona la organización tengan un mayor impacto en la variable compromiso. Además, el tamaño relativamente pequeño de la muestra podría haber limitado la capacidad de detectar diferencias que probablemente habrían sido más perceptibles en una muestra mayor.

Este contraste entre la literatura existente y los resultados obtenidos en este estudio resalta la importancia de revisar de manera crítica tanto los instrumentos utilizados como las metodologías que se aplican. Además, cabe remarcar que la dimensión reducida de la muestra de estudio puede estar incidiendo en la capacidad de detectar relaciones estadísticamente significativas.

Finalmente, la última hipótesis evaluada en este estudio abordó la relación entre compromiso y satisfacción laboral. Se esperaba encontrar una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables, lo cual acabó confirmándose. Los resultados indicaron que un mayor nivel de compromiso en el puesto de trabajo está asociado con una mayor satisfacción laboral entre los/las empleados/as. Esta relación positiva hace hincapié en cómo los factores motivacionales y de involucramiento en el trabajo pueden influir en la percepción general del bienestar en el entorno laboral.

Esta interacción está ampliamente respaldada por la literatura existente. Por ejemplo, en el estudio de Harter et al. (2002) se demostró que había una fuerte correlación entre el compromiso y la satisfacción laboral, sugiriendo que el compromiso mejora la productividad y la satisfacción general con el trabajo. Además, Baumruk (2004) encontró que el compromiso es un predictor clave de la satisfacción laboral, y que mejorar sus niveles puede llevar a mejoras significativas en la percepción de la satisfacción entre la plantilla. En concordancia con estos hallazgos, este estudio revela que el compromiso es un factor influyente y predictor de la satisfacción laboral, y que además de asociarse de manera positiva refuerza la idea de que estrategias destinadas a fomentar la implicación y el compromiso de los/las empleados/as pueden ser cruciales para su percepción de satisfacción.

Sin embargo, cuando se consideran otros predictores como la posición o el cargo en la empresa y el género, los resultados obtenidos en este estudio no muestran un impacto estadísticamente significativo en la satisfacción laboral. Esto sugiere que, independientemente de estos factores demográficos y de la po-

sición, el compromiso por sí solo tiene la capacidad de influir significativamente en cómo los empleados valoran su experiencia laboral.

LIMITACIONES

Una limitación de este trabajo se encuentra en la muestra. Investigaciones futuras podrían contar con un número mayor de participantes, así como también un balance más equitativo entre los roles, especialmente los que tienen funciones de liderazgo. En este estudio, la muestra estuvo mayoritariamente compuesta por empleados/as en posiciones de dependiente/a, lo que puede haber influido en los resultados obtenidos.

En línea con lo anterior, en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas entre encargados/as y dependientes/as. Esto podría sugerir que dentro del sector textil la experiencia acumulada no es un requisito indispensable para ascender a posiciones de mayor responsabilidad.

Por otro lado, la distribución fue desigual entre los participantes femeninos y masculinos, lo que impidió llevar a cabo un análisis comparativo fiable por género. Llevar a cabo un análisis con una representación más balanceada de género en futuras investigaciones podría proporcionar resultados reveladores.

Cabe mencionar, asimismo, que la escasa investigación existente sobre el impacto de las variables en el sector textil hace que los resultados obtenidos en este estudio tengan que ser tratados con mucha prudencia. Resulta esencial que investigaciones futuras corroboren estos hallazgos para poder confirmar su aplicabilidad.

CONCLUSIONES

Este estudio ha indagado sobre las relaciones entre la inteligencia emocional, el compromiso y la satisfacción laboral dentro de un marco profesional, concretamente en el sector textil. Aunque no todas las hipótesis propuestas inicialmente fueron confirmadas, los resultados demostraron que el compromiso desempeña un papel crucial en la satisfacción laboral, destacando la importancia de implementar políticas que nutran un entorno laboral motivador y comprometido.

Las limitaciones relacionadas con la heterogeneidad de la muestra y la posible influencia

de variables no consideradas sugieren la necesidad de estudios futuros más extensos y variados. A pesar de estas limitaciones, este estudio proporciona perspectivas importantes para futuras investigaciones y para la implementación de prácticas organizacionales enfocadas en mejorar el bienestar laboral.

Se concluye que fomentar un ambiente de trabajo en el que los empleados se sientan comprometidos y satisfechos requiere una estrategia holística que integre una gestión eficaz de las emociones, una cultura organizacional sólida, políticas de bienestar adecuadas y un liderazgo competente.

BIBLIOGRAFÍA

- Araujo, M. C., & Guerra, M. L. (2007). Inteligencia emocional y desempeño laboral en las instituciones de educación superior públicas. *CICAG: Revista del Centro de Investigación de Ciencias Administrativas y Gerenciales*, 4(2), 132-147.
- Baumruk, R. (2004). The missing link: the role of employee engagement in business success.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career development international*, 13(3), 209-223.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of occupational health psychology*, 22(3), 273.
- Berenguer Agulló, V. Análisis de la consistencia interna del cuestionario de satisfacción laboral S20/23.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., & Salovey, P. (2011). Emotional intelligence: Implications for personal, social, academic, and workplace success. *Social and personality psychology compass*, 5(1), 88-103.
- Calderón, G., Murillo, S.M., Torres, K.Y., 2003. Cultura organizacional y bienestar laboral. *Cuadernos de Administración Bogotá* 16(25), 109-137.
- Carmeli, A. (2003). The relationship between emotional intelligence and work attitudes, behavior and outcomes: An examination among senior managers. *Journal of managerial Psychology*, 18(8), 788-813.

CARMONA-FUENTES, P., VARGAS-HERNÁNDEZ, J. G., & ROSAS-REYES, R.

E. (2015). Influencia de la inteligencia emocional en el desempeño laboral. *Sapienza Organizacional*, 2(3), 53-68.

Del Valle, I. D., & Castillo, M. Á. S. (2010). Inteligencia Emocional: una revisión del concepto y líneas de investigación/Emotional intelligence: a concept review and research lines. *Cuadernos de estudios empresariales*, 20, 107.

Díaz, J. J. M. (2013). Reseña teórica de la inteligencia emocional: modelos e instrumentos de medición. *Revista científica*, 17(1), 10-32.

Doğru, Ç. (2022). A meta-analysis of the relationships between emotional intelligence and employee outcomes. *Frontiers in psychology*, 13, 611348.

Goleman, Daniel. *La inteligencia emocional en la empresa*. Editorial Vergara. Madrid. 1999. 446 p.

Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: a meta-analysis. *Journal of applied psychology*, 87(2), 268.

Iglesias, C., Llorente, R., Dueñas, D., 2011. Calidad del empleo y satisfacción laboral en las regiones españolas. *Comunidad de Madrid. Investigaciones Regionales*, 19, 25-49.

Juárez-García, A., Merino-Soto, C., & Villamar Sánchez, D. (2023). Más breve puede ser mejor: Propiedades métricas de la UWES-3 ítems para evaluar "engagement" en profes-

sores universitarios mexicanos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 17(2).

Kafetsios, K., & Zampetakis, L. A. (2008). Emotional intelligence and job satisfaction: Testing the mediatory role of positive and negative affect at work. *Personality and individual differences*, 44(3), 712-722.

Karimi, L., Leggat, S. G., Bartram, T., Afshari, L., Sarkeshik, S., & Verulava, T. (2021). Emotional intelligence: predictor of employees' wellbeing, quality of patient care, and psychological empowerment. *BMC psychology*, 9(1), 93.

Koydemir, S., & Schütz, A. (2012). Emotional intelligence predicts components of subjective well-being beyond personality: A two-country study using self-and informant reports. *The Journal of Positive Psychology*, 7(2), 107-118.

Leo-Muñoz, M. P. (2016). Relación entre Inteligencia Emocional Grupal, Engagement Grupal y Satisfacción Laboral en Trabajadores.

Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. Dunnette *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally.

Locke, E.A. (1984). Job satisfaction. En M. Gruneberg y T. Wall (eds.) *Social Psychology and Organizational Behaviour*. Chichester: Wiley.

Lopes, P. N., Grewal, D., Kadis, J., Gall, M., & Salovey, P. (2006). Evidence that emotional intelligence is related to job performance and affect and attitudes at work. *Psicothema*, 132-138.

Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.

Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, 507-536.

Moreyra-Ruiz, M. G., & Lincol Orlando, O. U. (2023). Escala de Inteligencia Emocional de Wong-Law (WLEIS-S): propiedades psicométricas y datos normativos en población adulta peruana. *Revista de Investigación en Psicología*, 26(2), 102-125.

NEWMAN, D., JOSEPH, D., & Mac CANN, C. A. R. O. L. Y. N. (2010). Emotional intelligence and job performance: The importance of emotion regulation and emotional labor context. *Industrial and Organizational Psychology*, 3(2), 159.

O'Boyle Jr, E. H., Humphrey, R. H., Pollack, J. M., Hawver, T. H., & Story, P. A. (2011). The relation between emotional intelligence and job performance: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 32(5), 788-818.

Orchard, B., MacCann, C., Schulze, R., Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. D. (2009). New directions and alternative approaches to the measurement of emotional intelligence. *Assessing emotional intelligence: Theory, research, and applications*, 321-344.

Ramírez, J., & Zavaleta, V. (2018). Inteligencia emocional y desempeño laboral en una empresa constructora privada. 2017. *Revista ciencia y tecnología*, 14(4), 67-79.

Saks, A. M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of managerial psychology*, 21(7), 600-619.

Salanova, M., Agut, S., & Peiró, J. M. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: the mediation of service climate. *Journal of applied Psychology*, 90(6), 1217.

Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211

Schaufeli, W. B., Salanova, M. González-Romá, V. Bakker, A. (2002). The measurement of burnout and engagement: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.

Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 25(3), 293-315.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T. D., Greeson, C., Jedlicka, C.,... & Wendorf, G. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *The Journal of social psychology*, 141(4), 523-536.

Stenberg, R. J. & Kaufman, J. C. (1998). Human abilities. *Annual Review of Psychology*, 49, 479-502.

Topa Cantisano, G., Morales Domínguez, J., 2005. Determinantes específicos de la satisfacción laboral, el burnout y sus consecuen-

cias para la salud: un estudio exploratorio con funcionarios de prisiones. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(1), 73-83.

Wong, C. S., & Lawb, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13, 243-274.

Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2012). The emotional intelligence, health, and well-being nexus: What have we learned and what have we missed?. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4(1), 1-30

ÚS PROBLEMÀTIC DEL MÒBIL I PSICOPATOLOGIA: UN ESTUDI CORRELACIONAL EN ADOLESCENTS ESPANYOLS

USO PROBLEMÁTICO DEL MÓVIL Y PSICOPATOLOGÍA: UN ESTUDIO CORRELACIONAL EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES

PROBLEMATIC USE OF MOBILE PHONES AND PSYCHOPATHOLOGY: A CORRELATIONAL STUDY IN SPANISH ADOLESCENTS

M. MAGDALENA MASCARÓ POL

Universitat Illes Balears (UIB)

Curs acadèmic 2023 - 2024

Treball de Fi de Grau

Contacte:

magdauniversitat@gmail.com

RESUM

L'objectiu del present estudi consisteix a analitzar la relació entre l'ús problemàtic del mòbil i diferents problemes psicopatològics (depressió, ansietat, inatenció, hiperactivitat/impulsivitat, trastorn negativista desafiant i alteracions del somni), així com explorar les diferències en funció del gènere i l'edat. Per a això, es va utilitzar una mostra de 156 adolescents amb edats compreses entre els 12 i els 16 anys ($m = 14.2$; $DE = 0.96$), els quals estaven escolaritzats en diversos centres d'Educació Secundària de Mallorca (Espanya). Es va utilitzar el qüestionari CERM per a avaluar l'abús del mòbil, el qüestionari CABI per als problemes psicopatològics i el Parent Proxy Pediatric Sleep Disturbance Scale per a les alteracions del somni. Els resultats varen indicar una major presència de problemes psicopatològics en el grup d'adolescents amb major ús problemàtic del mòbil, excepte en la variable alteracions del somni, on no es varen observar diferències significatives. A més, es va observar que les dones presenten majors conseqüències emocionals relacionades amb l'ús problemàtic del mòbil en comparació amb els homes.

PARAULES CLAU: ús problemàtic del mòbil, addicció, problemes psicopatològics, adolescents

RESUMEN

El objetivo del presente estudio consiste en analizar la relación entre el uso problemático del móvil y diferentes problemas psicopatológicos (depresión, ansiedad, inatención, hiperactividad/impulsividad, trastorno negativista desafiante y alteraciones del sueño), así como explorar las diferencias en función del género y la edad. Para ello, se utilizó una muestra de 156 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años ($m = 14.2$; $DE = 0.96$), los cuales estaban escolarizados en diversos centros de Educación Secundaria de Mallorca (España). Se utilizó el cuestionario CERM para evaluar el abuso del móvil, el cuestionario CABI para los problemas psicopatológicos y el Parent Proxy Pediatric Sleep Disturbance Scale para las alteraciones del sueño. Los resultados indicaron una mayor presencia de problemas psicopatológicos en el grupo de adolescentes con mayor uso problemático del móvil, excepto en la variable alteraciones del sueño, donde no se observaron diferencias significativas. Además, se observó que las mujeres presentan mayores consecuencias emocionales relacionadas con el uso problemático del móvil en comparación con los hombres.

PALABRAS CLAVE: uso problemático del móvil, adicción, problemas psicopatológicos, adolescentes

ABSTRACT

The aim of this study is to analyse the relationship between problematic mobile phone use and different psychopathological problems (depression, anxiety, inattention, hyperactivity/impulsivity, oppositional defiant disorder and sleep disorders), as well as to explore the differences based on gender and age. To do so, a sample of 156 adolescents aged between 12 and 16 years ($m = 14.2$; $SD = 0.96$) from different secondary schools in Mallorca (Spain) was used for this purpose. The CERM questionnaire was used to assess mobile phone abuse, the CABI questionnaire to measure psychopathological problems and the Parent Proxy Pediatric Sleep Disturbance Scale for sleep disorders. The results indicated a higher presence of psychopathological problems in the group of adolescents with greater problematic mobile phone use, except in the variable sleep disorders, where no significant differences were observed. In addition, it was observed that women present greater emotional consequences related to problematic mobile phone use compared to men.

KEY WORDS: problematic mobile phone use, addiction, psychopathological problems, adolescents.

INTRODUCCIÓN

Entre todas las innovaciones tecnológicas, el uso del dispositivo móvil destaca sobre el resto. Su gran protagonismo podría deberse a las características que posee, como la portabilidad, la conectividad permanente y la versatilidad, lo que ha llevado a una considerable expansión de su uso en todo el mundo. Asimismo, el uso del teléfono móvil también posee ciertas cualidades especiales, como la sociabilidad, autoconfianza, diversión, estatus social, identidad, etc., las cuales han podido contribuir a la aparición de comportamientos abusivos (de la Villa Moral y Suárez, 2016). De hecho, en el estudio de De la Villa Moral y Suárez (2016) se observó que la tecnología con mayor uso desadaptativo era la del teléfono móvil, destacando los problemas asociados con su utilización para la comunicación y la expresión emocional.

El uso problemático del teléfono móvil se caracteriza por la utilización repetitiva del móvil e implica conductas relacionadas con éste que pueden resultar perjudiciales para la salud (Lopez Fernandez et al., 2014). La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) no incluye el uso problemático del móvil en ninguna de sus categorías diagnósticas. Sin embargo, este concepto, también llamado “abuso o adicción al teléfono móvil”, implica patrones de interacción con el dispositivo que poseen las características de una adicción conductual. Entre estas características encontramos: saliencia, tolerancia, modificación del estado de ánimo, conflicto, síndrome de abstinencia y recaída (Díaz Santano, 2022).

En general, los adolescentes muestran mayor predisposición a sufrir conductas adictivas u

otros trastornos psicológicos (Vicente-Escudero et al., 2019). Un estudio realizado por Beranuy Fargues et al. (2009) concluyó que había una tendencia por parte de los adolescentes a hacer un uso abusivo del móvil, como otros muchos estudios ya han confirmado (Lam, 2014; Jasso Medrano et al., 2017). Este hecho puede deberse a su mayor frecuencia de uso, además de estar más familiarizados con las tecnologías y más abiertos a buscar nuevas experiencias, mostrándose más receptivos a las nuevas posibilidades de comunicación (de la Villa Moral y Suárez, 2016).

Varias investigaciones coinciden en que la adicción al móvil aumenta en la adolescencia media en relación con la preadolescencia, y empieza a disminuir en la adultez temprana, convirtiéndose en un uso más profesional y de menor carácter lúdico (Vicente-Escudero et al., 2019; Santana-Vega et al., 2019). Esto se debe a que se tiene mayor conciencia del problema y de sus consecuencias perjudiciales a medida que aumenta la edad (González Villadangos y Labrador Encinas, 2010).

En cuanto a las diferencias de género, se han encontrado resultados dispares. Algunas investigaciones encontraron que las chicas tienden a abusar más del móvil, así como a presentar mayores consecuencias psicológicas derivadas del uso inadecuado del mismo (Beranuy Fargues et al., 2009; Sánchez-Martínez y Otero, 2009; Demirci et al., 2015); mientras que otros estudios indican un mayor uso problemático en chicos (Rial et al., 2014; Estévez et al., 2009). Sin embargo, otras investigaciones no han encontrado diferencias significativas respecto al uso problemático del móvil en función del sexo (Santana-Vega et al., 2019; Prezza et al., 2004). Asimismo,

se ha visto que las adolescentes usan más el móvil para enfrentarse a estados de ánimo ansiosos, superar el aburrimiento o no sentirse solas, además de realizar un mayor número de consultas al móvil que los chicos (Chóliz et al., 2009). En cambio, los varones lo utilizan más para uso comercial, tareas de coordinación y entretenimiento, y también muestran mayor nivel de temor a sentirse desconectados y más dificultades para dejar de usarlo en exceso (Santana-Vega et al., 2019; de la Villa Moral y Suárez, 2016).

El uso problemático del móvil se ha asociado a varias consecuencias negativas en la vida diaria, como síntomas de dependencia, problemas interpersonales, conductuales y afectivos, los cuales afectan al funcionamiento del individuo (Lopez Fernandez et al., 2014; Jenaro et al., 2007; Coyne et al., 2019). Sin embargo, parece ser que podría darse una relación bidireccional entre ambas variables, ya que también hay estudios que demuestran que las características de algunos trastornos como la ansiedad, la depresión o el TDAH pueden favorecer el desarrollo de una adicción al móvil (Jun, 2016; Roberts et al., 2015).

Una de las posibles explicaciones la podemos encontrar en el modelo de Billieux et al. (2015), el cual incluye 3 posibles vías que pueden derivar en una adicción al teléfono móvil. Una de ellas es la búsqueda de la tranquilidad excesiva, ésta se centra en rasgos de personalidad como la baja autoestima, la inestabilidad emocional, la ansiedad y los apegos inseguros, los cuales pueden llevar a la persona a utilizar el móvil como forma de buscar y obtener tranquilidad de los demás (Coyne et al., 2019).

Gran parte de las investigaciones coinciden en que existe una correlación significativa entre la depresión, la ansiedad y el abuso del móvil (Demirci et al., 2015; Sánchez-Martínez y Otero, 2009; S. G. Kim et al., 2019). No obstante, un estudio longitudinal observó que transversalmente el uso problemático del móvil se relacionaba con la ansiedad generalizada, en cambio, a lo largo del tiempo éste no se relacionaba ni como predictor ni como resultado (Coyne et al., 2019). Asimismo, en el estudio de Vicente-Escudero et al. (2019) se encontró una correlación baja con los problemas de tipo internalizante, como depresión o ansiedad.

La segunda vía que describen Billieux et al. (2015) en su modelo se denomina vía del impulso y está relacionada con los síntomas del TDAH. Los autores explican que hay algunos factores como la impulsividad, el bajo autocontrol y los síntomas del TDAH, que pueden dificultar a las personas desconectar de sus teléfonos móviles, los cuales emiten sonidos y alertan notificaciones continuamente.

Algunas investigaciones han observado que la presencia de síntomas de TDAH puede acentuar el riesgo de adicción (S. G. Kim et al., 2019), mientras que otras encontraron que los síntomas de adicción pueden favorecer el desarrollo de TDAH o exacerbar sus manifestaciones (Sihoe et al., 2023). Las personas con TDAH son propensas al aburrimiento, a la búsqueda de sensaciones y muestran mayor sensibilidad a actividades estimulantes, esto podría conducir a un mayor uso del móvil dado su naturaleza altamente estimulante. En general, la mayoría de los estudios concluyen una asociación positiva entre ambas variables (Vicente-Escudero et al., 2019; J. H. Kim, 2018; Hong et al., 2021). Sin embargo,

algunas investigaciones contradicen estos hallazgos (Jensen et al., 2019; Levelink et al., 2021).

Por otra parte, apenas existe evidencia sobre la relación entre la adicción al móvil y los problemas de conducta. En un estudio se encontró una relación moderada entre adicción al teléfono y conducta disocial y agresiva (Vicente-Escudero et al., 2019), mientras que en otro no se encontró asociación con problemas de conducta (Jensen et al., 2019). Debido a la falta de información sobre el tema, el presente estudio pretende investigar su relación con la sintomatología del trastorno negativista desafiante (TND).

Además, el incremento del uso de los dispositivos móviles ha contribuido también a una disminución en la calidad y duración del sueño en las últimas décadas. Este deterioro del sueño puede deberse a diversos factores. Las emisiones de luz monocromática azul provenientes del móvil pueden ejercer un efecto supresor de la melatonina, hormona relacionada con la regulación de los ciclos de sueño-vigilia. Asimismo, la naturaleza interactiva de los dispositivos, la procrastinación del sueño inducida por la tecnología y la excitación emocional debido al uso de las redes sociales antes de dormir han contribuido a las dificultades en el inicio y mantenimiento del sueño entre los adolescentes (Kater y Schlarb, 2020). Varios investigadores han relacionado la adicción al teléfono inteligente con trastornos del sueño, encontrando correlaciones significativas de débiles a moderadas (Demirci et al., 2015; Dewi et al., 2021; Mac Cárthaigh et al., 2020).

La diversidad de resultados y la escasa investigación sobre algunas de las relaciones

entre el abuso del teléfono móvil y los diversos problemas psicopatológicos subrayan la importancia de estudiar en profundidad esta problemática. Por tanto, el principal objetivo del presente estudio consiste en examinar las diferencias entre grupos con distintos niveles de adicción al móvil en relación con la depresión, ansiedad, inatención e hiperactividad/impulsividad, TND y alteraciones del sueño en una muestra de adolescentes españoles. Basándonos en la literatura previa, se espera encontrar diferencias significativas entre los grupos, donde se prevé que el grupo con mayor uso problemático del móvil presentará más problemas psicopatológicos. Asimismo, se analizarán las posibles disparidades en el uso problemático del móvil y en las diversas variables psicopatológicas en función del sexo y la edad, con el fin de determinar si existen diferencias significativas según características demográficas.

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra ha sido reclutada a través de un procedimiento no probabilístico de tipo intencional, en población comunitaria. La cohorte está compuesta por 156 participantes procedentes de distintos institutos de Educación Secundaria Obligatoria de Mallorca.

La muestra está conformada por 62 hombres (39.7%), 89 mujeres (57.1%) y 5 personas pertenecientes a otro género (3.2%), todos con edades comprendidas entre 12 y 16 años ($m = 14.2$, $DE = 0.96$). No obstante, los participantes no fueron equiparables en cuanto a edad, ya que el 39.1% de la muestra estaba constituida por adolescentes de 14 años (ver Tabla 1). En lo que respecta a la nacionalidad

de los participantes, el 90.4% son de procedencia española, mientras que el otro 9.6% proceden del extranjero (6.4% de Latinoa-

mérica, 1.3% de otro país europeo, 0.6% de Norteamérica, 0.6% de Asia y otro 0.6% de África).

Tabla 1
Distribución de la muestra por género y edad

Edad												
	12		13		14		15		16		Total	
Género	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hombre	2	1.3	15	9.6	25	16	17	10.9	3	1.9	62	39.7
Mujer	4	2.6	16	10.3	34	21.8	27	17.3	8	5.1	89	57.1
Otro	0	0	0	0	2	1.3	3	1.9	0	0	5	3.2
Total	6	3.8	31	19.9	61	39.1	47	30.1	11	7.1	156	100

Los criterios de inclusión fueron: (a) los participantes debían estar matriculados en alguno de los centros escolares colaboradores de Mallorca, (b) tener entre 12 y 16 años, y (c) poseer su propio teléfono móvil o usar uno con regularidad.

Instrumentos de evaluación

Se registró el género, la edad, el curso actual y el lugar de procedencia de los participantes.

Se utilizó el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil (CERM) para evaluar el abuso del móvil (Beranuy Fargues et al., 2009). Este instrumento consta de 10 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta tipo Likert en orden de frecuencia creciente (1 = casi nunca, 2 = algunas veces, 3 = bastantes veces, 4 = casi siempre). Este cuestionario está compuesto por dos factores: el

factor conflicto y el factor uso comunicacional y emocional.

El factor conflicto consta de 5 ítems que proporcionan información sobre si la persona ha tenido riesgo de perder una relación importante, trabajo u oportunidad académica por culpa del móvil o si ésta siente necesidad de invertir cada vez más tiempo en el móvil para sentirse satisfecha. Por otro lado, el factor uso comunicacional y emocional, que consta también de 5 ítems, evalúa si la persona se siente inquieta si no recibe mensajes o llamadas, o si la persona utiliza el móvil como forma de entretenimiento o distracción cuando se aburre. Las puntuaciones totales oscilan entre 10 y 40, indicando las puntuaciones más altas un mayor nivel de conflictos y problemas comunicacionales y emocionales relacionados con el móvil.

Por otra parte, se utilizó el Inventario de Comportamiento de Niños y Adolescentes (CABI), el cual está formado por varias escalas que evalúan algunas dimensiones de síntomas de externalización e internalización, así como otras dimensiones de deterioro (Burns et al., 2021). El cuestionario en su versión original está dirigido a que respondan los padres y profesores respecto al comportamiento de los adolescentes, sin embargo, se ha adaptado el cuestionario para que sea completado por los adolescentes. Aunque este instrumento consta de 9 escalas, para el presente estudio solo se han utilizado 5 de ellas.

Se ha utilizado la escala de ansiedad, la cual está formada por 6 ítems que evalúan síntomas específicos de los trastornos de ansiedad del DSM-5; la escala de depresión, que consta también de 6 ítems que evalúan el estado de ánimo negativo, inutilidad, anhedonia, entre otros; la escala de inatención y la escala de hiperactividad-impulsividad, cada una formada por 9 ítems, los cuales corresponden a los síntomas incluidos en los criterios del DSM-5 y, por último, se utilizó la escala que evalúa los síntomas del trastorno negativista desafiante, la cual consta de 9 ítems. Para obtener la corrección se suman las puntuaciones de cada ítem en cada escala. Las puntuaciones máximas varían según el número total de ítems de la escala y a mayor puntuación, mayor nivel de sintomatología en la variable que mide la escala.

Respecto al formato de respuesta de los ítems, cada ítem se califica a través de una escala de seis puntos donde cada ancla tiene una definición de comportamiento específica durante el último mes. La calificación debe

responder a la frecuencia con la que se da ese comportamiento concreto (0 = casi nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo y 5 = casi siempre).

El cuestionario se puede consultar en: <https://blocs.uib.cat/devpsy/resources/>.

Se utilizó también el Parent Proxy Pediatric Sleep Disturbance Scale (Short Form), el cual está extraído del Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS), un conjunto de herramientas de evaluación desarrollado por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los Estados Unidos que permite a los pacientes informar sobre su salud, síntomas y calidad de vida (Forrest et al., 2018). Esta escala evalúa los problemas de los niños para conciliar el sueño y permanecer dormidos y la calidad del sueño (p. ej., “Tuve dificultades para conciliar el sueño”). Este formulario breve se tradujo al español y se redactó en primera persona con el fin de que respondan los adolescentes, puesto que inicialmente está dirigido a los padres. Está formado por 8 ítems y cuenta con respaldo métrico para su uso en niños de 5 a 17 años.

Los ítems de la escala de alteraciones del sueño se califican en una escala Likert de 5 puntos (1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = a veces, 4 = casi siempre y 5 = siempre), los cuales corresponden a la frecuencia con la que se ha dado cada una de las conductas expuestas en los ítems en los últimos siete días. Para obtener la corrección se deben sumar cada una de las puntuaciones de los ocho ítems, siendo la puntuación mínima 8 y la máxima 40. Además, cabe tener en cuenta

que, a mayor puntuación, mayor presencia de alteraciones del sueño.

Procedimiento

Se ha utilizado una encuesta, la cual fue difundida a través de la dirección del centro escolar y de los tutores. La participación fue voluntaria y la recogida de datos completamente anónima y confidencial.

La participación en el estudio fue propuesta a diversos centros escolares mallorquines y tras la aprobación por parte de los respectivos directores, se procedió a la administración de la encuesta de manera online mediante la plataforma Google Forms en horario lectivo. La administración del cuestionario tuvo lugar en el horario escogido por cada centro y los encargados de la misma fueron los tutores.

El diseño del estudio fue transversal y correlacional. El análisis de los datos se realizó utilizando el programa estadístico Jamovi (The jamovi project, version 1.2, 2020; jamovi, Sydney, NSW, Australia; <https://www.jamovi.org>).

A partir de las puntuaciones del CERM se utilizaron puntos de corte basados en investigaciones previas para determinar tres grupos diferenciados de participantes en función del nivel de uso problemático del móvil (Carbonell et al., 2012). Los participantes con puntuaciones en el CERM de 10 a 15 puntos constituyeron el grupo de “no problemas con el uso del móvil”; los participantes con puntuaciones de 16 a 23 se clasificaron en el grupo de “problemas ocasionales con el uso del móvil”; y, por último, los participantes con puntua-

ciones de 24 a 40 constituyeron el grupo de “problemas frecuentes con el uso del móvil”.

Se debe tener en cuenta que inicialmente se contemplaron tres opciones para la variable género: hombre, mujer y otro. Sin embargo, para el análisis de datos se decidió incluir exclusivamente los grupos de hombres y mujeres, dado que la categoría “otro” representaba un número considerablemente reducido de participantes (3,2%), lo que limitaba la validez estadística de los análisis posteriores.

Una vez clasificados los participantes en función del nivel de uso problemático del móvil, se llevó a cabo un análisis de carácter descriptivo con el fin de conocer las características de los diferentes grupos.

Posteriormente, se realizó un análisis de tipo inferencial. Antes de realizar los análisis se comprobó el cumplimiento del criterio de homocedasticidad mediante el estadístico de Levene. Para examinar la relación entre el uso problemático del móvil, el género y las distintas variables psicopatológicas estudiadas se llevó a cabo un análisis de la covarianza (ANCOVA), tomando como variable covariada la edad. Se optó por realizar un ANCOVA para poder tener en cuenta las diferencias en las respuestas debidas al género y para controlar el posible efecto de la edad.

También se llevó a cabo un análisis de la varianza (ANOVA) para estudiar de manera más específica las diferencias en el uso problemático del móvil y en las distintas variables psicopatológicas estudiadas en función del género y del curso actual. Ante el incumplimiento del supuesto de igualdad de varianzas,

se utilizaron las pruebas no paramétricas de Kruskal Wallis y U de Mann Withney.

RESULTADOS

Tras clasificar a los participantes mediante los puntos de corte en distintos grupos según el nivel de problemática con el móvil, se obtuvo un grupo de no problemática con el móvil ($m = 13.5$, $DE = 1.35$), que representa el 25.2% de la muestra, otro de problemática ocasional ($m = 19$, $DE = 2.24$), representando

el 58.9%, y otro de problemática frecuente ($m = 26.9$, $DE = 3.74$), conformando el 15.9% de la muestra.

Análisis de las diferencias en los problemas psicopatológicos en función del nivel de uso problemático del móvil

Se utilizó un ANCOVA para analizar las diferencias en las variables psicopatológicas según el nivel de uso problemático del móvil. En la siguiente tabla aparecen resumidos los resultados (Tabla 2).

Tabla 2

Comparación de las diferencias entre los grupos con distinto nivel de uso problemático del móvil controlando el efecto de las variables género y edad

	NoPr		PrOc		PrFr		F	T-tests
	M	EE	M	EE	M	EE		
ANS	7.72	0.88	8.29	0.60	12.87	1.10	7.95**	NoPr,PrOc < PrFr
DEP	4.58	1.07	7.79	0.73	14.32	1.34	16.34**	NoPr < PrOc < PrFr
INAT	9.94	1.49	18.37	1.02	27.41	1.87	27.37**	NoPr < PrOc < PrFr
HIP	10.40	1.58	14.40	1.09	18.20	1.99	4.87**	NoPr,PrOc; PrOc,PrFr; NoPr < PrFr
TND	9.86	1.37	13.58	0.94	22.21	1.72	16.05**	NoPr, PrOc < PrFr
ALSUE	17.20	1.11	18.90	0.76	21.60	1.39	2.99	NoPr,PrOc; PrOc,PrFr; NoPr r < PrFr

Nota. NoPr = No Problemática; PrOc = Problemática ocasional; PrFr = Problemática frecuente; ANS = ansiedad; DEP = depresión; INAT = inatención; HIP = hiperactividad/impulsividad; TND = trastorno negativista desafiante; ALSUE = alteraciones del sueño; *p < .05; **p < .01.

En la variable ansiedad el grupo de problemática frecuente obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas que el grupo de no problemática ($t(144) = 3.66, p = .001$) y el grupo de problemática ocasional ($t(144) = 3.66, p = .001$) con tamaños del efecto grandes, de respectivamente $d = 0.96$ y 0.85 . Asimismo, en el modelo también resultó ser estadísticamente significativo el factor género ($F(1, 144) = 16.89, p = .001$), siendo las puntuaciones de las mujeres más elevadas que las de los hombres. En cambio, la variable edad no resultó significativa.

En lo que respecta a la variable depresión, los tres grupos presentaron diferencias significativas. El grupo de problemática frecuente presentó puntuaciones significativamente superiores que el grupo de problemática ocasional ($t(144) = 4.28, p = .001$), el cual a su vez obtuvo puntuaciones significativamente más altas que el grupo de no problemática ($t(144) = 2.48, p = .042$). El tamaño del efecto fue grande para las diferencias entre el grupo de problemática frecuente y el de ocasional ($d = 0.99$), mientras que para las diferencias entre el grupo de no problemática y el de ocasional el tamaño del efecto fue pequeño ($d = 0.49$). El factor género también resultó estadísticamente significativo ($F(1, 144) = 12.25, p = .001$), obteniendo las mujeres puntuaciones significativamente más elevadas que las de los hombres. El factor edad no resultó significativo.

Sin embargo, al no cumplirse el criterio de homocedasticidad a través de la prueba de Levene, se reanalizó el factor grupos de problemática con el móvil usando la prueba de Kruskal-Wallis y realizando las comparaciones post-hoc mediante el método Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF). En el modelo

se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, siendo las puntuaciones del grupo de problemática frecuente superiores a las del grupo de problemática ocasional ($W = 4.78, p = .002$), y estas últimas superiores a las del grupo de no problemática ($W = 5.46, p = .001$).

En el caso de la variable inatención se obtuvieron diferencias significativas entre los tres grupos. Tal como se observa en la Tabla 2, el grupo de problemática frecuente presentó puntuaciones significativamente superiores que el grupo de problemática ocasional ($t(144) = 4.25, p = .001$), el cual a su vez obtuvo puntuaciones significativamente más altas que las del grupo de no problemática ($t(144) = 4.68, p = .001$). El tamaño del efecto fue grande tanto para las diferencias entre el grupo de problemática frecuente y el de ocasional ($d = 0.99$), como para las diferencias entre el grupo de no problemática y el de ocasional ($d = 0.93$). No obstante, los factores género y edad no resultaron estadísticamente significativos.

En cuanto a la variable hiperactividad/impulsividad, el grupo de problemática frecuente obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas que el grupo de no problemática ($t(144) = 3.07, p = .008$), con un tamaño del efecto grande de $d = 0.80$. Sin embargo, el grupo de problemática ocasional no presentó diferencias significativas respecto a ninguno de los grupos. Asimismo, los factores género y edad no resultaron significativos.

En la variable relacionada con el TND el grupo de problemática frecuente presentó puntuaciones significativamente más elevadas que el grupo de no problemática ($t(144) = 5.62, p = .001$) y el grupo de problemática ocasional

($t(144) = 4.40, p = .001$), con tamaños del efecto grandes de respectivamente $d = 1.47$ y 1.03 . Los factores edad y género no resultaron estadísticamente significativos.

En el caso de la variable alteraciones del sueño, el modelo no resultó significativo por poco. En cambio sí que fueron estadísticamente significativos el factor género ($F(1, 144) = 15.28, p = .001$) y el factor edad ($F(1, 144) = 5.69, p = .018$). No obstante, dado que no se cumplió el criterio de igualdad de varianzas a través de la prueba de Levene, se reanalizó el factor grupos de problemática con el móvil mediante la prueba de Kruskal-Wallis y realizando las comparaciones post-hoc usando el método Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF). El modelo fue estadísticamente significativo por poco ($\chi^2(2) = 6.49, p = .04$), pero ninguna de las comparaciones entre grupos presentó diferencias significativas. Por lo tanto, en esta variable parecen tener

especial importancia los factores género y edad, mucho más que el nivel de problemática con el móvil.

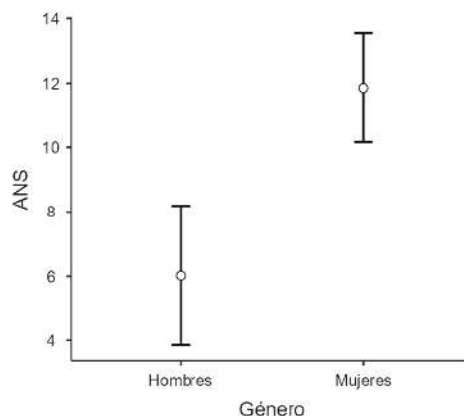
Análisis de las diferencias en problemas psicopatológicos en función del sexo y curso

Se llevó a cabo un ANOVA para examinar de manera específica las diferencias por sexo y curso en las variables clínicas de interés sin tener en cuenta el grupo de problemática con el móvil.

En el caso de la medida de ansiedad, el modelo global indicó que solo había diferencias estadísticamente significativas en el caso del factor sexo ($F(1, 143) = 17.61, p = .001$), pero no para el factor curso ni para la interacción. En el siguiente gráfico se expone esta diferencia (Figura 1).

Figura 1

Comparación en la medida de ansiedad dentro del factor sexo



Nota. Los puntos representan las medias marginales estimadas de los niveles de ansiedad para hombres y mujeres. Las barras de error indican el intervalo de confianza del 95%. ANS = ansiedad.

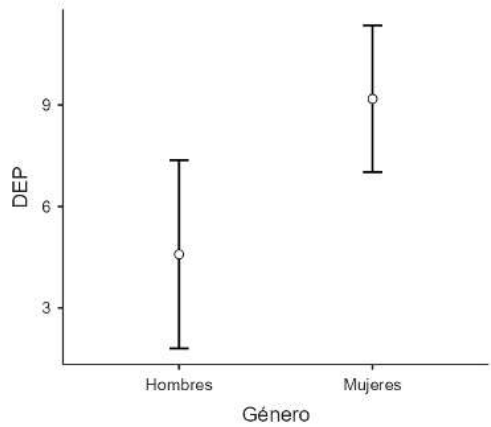
La diferencia de medias entre varones y mujeres fue de 5.83 puntos, siendo superior la de las niñas ($t(143) = 4.20, p = .001$) con un tamaño del efecto grande de $d = 1.04$.

En relación a la variable depresión, el modelo global indicó diferencias estadísticamente

significativas en el factor sexo ($F(1, 143) = 6.64, p = .011$). Sin embargo, el factor curso y la interacción no resultaron significativos. En la Figura 2 se exponen los resultados obtenidos.

Figura 2

Comparación en la medida de depresión dentro del factor sexo



Nota. Los puntos representan las medias marginales estimadas de los niveles de depresión para hombres y mujeres. Las barras de error indican el intervalo de confianza del 95%. DEP = depresión.

La diferencia de medias entre sexos resultó ser de 4.60 puntos, siendo las puntuaciones en depresión de las mujeres significativamente superiores a las de los hombres ($t(143) = 2.58, p = .011$), resultando moderado el tamaño del efecto ($d = 0.64$).

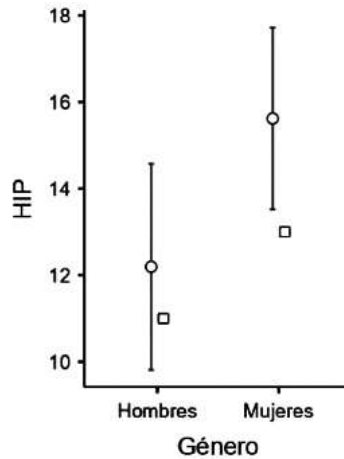
En cuanto a la variable inatención, ninguno de los dos factores resultó estadísticamente significativo.

En la variable hiperactividad/impulsividad el modelo global indicó que no había diferencias significativas ni para el factor curso, ni para el factor sexo. Sin embargo, debido al incumplimiento de la homogeneidad de varianzas, se reanalizaron los datos mediante la prueba U de Mann-Whitney para el sexo y la prueba de Kruskal-Wallis para el curso. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ($U = 2183$,

$p = .029$) con un tamaño del efecto pequeño ($r_{rb} = 0.21$). En el siguiente gráfico se muestra esta diferencia (Figura 3). En cambio, el factor curso siguió sin resultar significativo.

Figura 3

Comparación en la medida de hiperactividad/impulsividad dentro del factor sexo



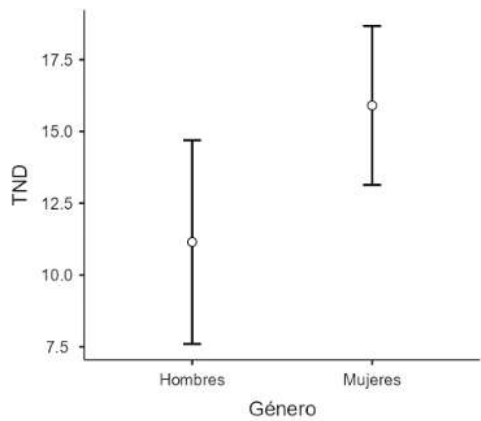
Nota. Los puntos representan las medias de los niveles de hiperactividad/impulsividad para hombres y mujeres. Los cuadrados representan la mediana. Las barras de error indican el intervalo de confianza del 95% de la media. HIP = hiperactividad/impulsividad.

La diferencia de medias entre hombres y mujeres fue de 3 puntos, indicando la superioridad de la puntuación de las mujeres frente a la de los hombres.

En cuanto a la variable TND, el factor curso no resultó significativo, a diferencia del género, que sí mostró diferencias estadísticamente significativas ($F(1, 143) = 4.37, p = .038$). En la Figura 4 se exponen estos resultados.

Figura 4

Comparación en la medida de trastorno negativista desafiante dentro del factor sexo



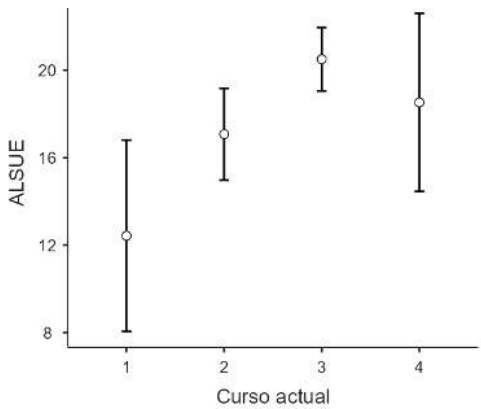
Nota. Los puntos representan las medias marginales estimadas de los niveles de TND para hombres y mujeres. Las barras de error indican el intervalo de confianza del 95%. TND = trastorno negativista desafiante.

La diferencia de medias resultó ser de 4.76 puntos, obteniendo las mujeres puntuaciones significativamente más elevadas que los hombres ($t(143) = 2.09, p = .038$), con un tamaño del efecto moderado ($d = 0.52$).

En cuanto a la variable alteraciones del sueño, el género no resultó significativo. En cambio, sí que se encontraron diferencias significativas por curso ($F(3, 143) = 5.43, p = .001$). En el siguiente gráfico se muestran estas diferencias (Figura 5).

Figura 5

Comparación en la medida de alteraciones del sueño dentro del factor curso



Nota. Los puntos representan las medias marginales estimadas de los niveles de alteraciones del sueño para los cuatro cursos de secundaria. Las barras de error indican el intervalo de confianza del 95%. ALSUE = alteraciones del sueño.

Se encontró una diferencia de medias entre 1º y 3º de ESO de 8.08 puntos, presentando 3º de ESO puntuaciones significativamente más elevadas respecto a 1ª de ESO ($t(143) = 3.46, p = .004$) y siendo grande el tamaño del efecto ($d = 1.22$). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las demás comparaciones entre grupos.

Análisis de las diferencias en el uso problemático del móvil en función del género y curso actual

Se llevó a cabo un ANOVA para analizar las diferencias en el uso problemático del móvil en función del sexo y el curso. No se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación al nivel de problemática con el móvil, así como tampoco se encontraron diferencias significativas entre los cuatro cursos. Sin embargo, al no cumplirse el criterio de homogeneidad de varianzas se reanalizaron los datos mediante la prueba de Mann-Whitney para el género y la prueba de Kruskal-Wallis para la variable curso. Estas pruebas siguieron indicando que dichas variables no resultan significativas, por lo que parece que el género y la edad no presentan gran relevancia en relación al uso problemático del móvil.

DISCUSIÓN

Actualmente, la tecnología, y más concretamente el teléfono móvil, supone un aspec-

to central en la vida de muchas personas, aportando beneficios como la facilitación del trabajo y la comunicación, el acceso a la información o el entretenimiento inmediato (Vicente-Escudero et al., 2019). Sin embargo, algunas personas, y en especial los adolescentes, pueden llegar a hacer un uso perjudicial, lo que deriva en consecuencias negativas para la salud. Por ello, con el fin de contribuir a la ampliación de nuestro conocimiento sobre el papel del uso problemático de las nuevas tecnologías en la adolescencia, la presente investigación tiene el objetivo de analizar la relación entre el uso desadaptativo del móvil y distintos problemas psicopatológicos en una muestra de adolescentes.

Tras analizar los resultados de esta investigación, se observa que los adolescentes con mayor uso problemático del móvil presentan más problemas psicopatológicos, lo que respalda la hipótesis planteada en el estudio. También podemos concluir que, en general, las mujeres tienden a padecer más problemas psicopatológicos relacionados con el abuso del móvil que los hombres.

De acuerdo con la evidencia obtenida, se observa que el grupo de adolescentes con mayor uso problemático del móvil presenta más ansiedad y depresión que el grupo de no problemática, con tamaños del efecto grandes, lo que concuerda con las investigaciones anteriores (Arrivillaga et al., 2020; S. G. Kim et al., 2019; Demirci et al., 2015). Estos hallazgos van en consonancia con otras investigaciones que observaron que las personas depresivas pueden utilizar el móvil como método de

afrontamiento para lidiar con su bajo estado de ánimo, lo que puede conducir al uso excesivo del mismo (J. H. Kim et al., 2015; Sánchez-Martínez y Otero, 2009).

Asimismo, al igual que en investigaciones previas (Vicente-Escudero et al., 2019; Sánchez Carbonell et al., 2008; Jenaro et al., 2007), las diferencias significativas halladas en estas variables en función del género indican que las mujeres presentan más manifestaciones de depresión y ansiedad relacionadas con el uso abusivo del móvil. Según el estudio de Chóliz et al. (2009), los hombres tienden a utilizar el teléfono móvil como medio de entretenimiento y con fines más instrumentales, mientras que las mujeres utilizan el móvil como forma de gestionar la ansiedad, de superar el aburrimiento, o en momentos de tristeza o soledad. Estas diferencias en el uso del móvil entre ambos géneros permiten explicar la mayor prevalencia de psicopatología relacionada con la adicción al móvil en mujeres.

Por otra parte, los resultados indican que los adolescentes con mayor uso problemático del móvil presentan mayores niveles de inatención e hiperactividad/impulsividad, con tamaños del efecto grandes, lo que va en línea con los hallazgos de previas investigaciones (Sihoe et al., 2023; Vicente-Escudero et al., 2019). Las características propias del TDAH como el bajo control de los impulsos, las dificultades en la demora de la recompensa, la propensión al aburrimiento y la búsqueda de actividades estimulantes podrían conducir a un abuso del teléfono móvil. Asimismo, se ha observado que los niños con edad preescolar que superan el tiempo recomendado de uso de pantallas aumentan 7.7 veces más el riesgo de cumplir criterios de TDAH, por lo que la evidencia sugiere relaciones bidireccionales entre ambas variables (Sihoe et al., 2023).

A pesar de que la mayor parte de investigaciones concluyen que la proporción de niños con TDAH es significativamente mayor que la de niñas, algunas han encontrado que por cada mujer con TDAH hay cuatro varones diagnosticados (Guerrero Tomas et al., 2017; Medici et al., 2019), no se han hallado diferencias en función del género en relación a la inatención. Además, se ha observado que las mujeres presentan mayor hiperactividad/impulsividad que los hombres, con un tamaño del efecto pequeño.

Por otra parte, los resultados indican que el grupo con mayor uso problemático del móvil presenta más sintomatología propia del TND, siendo el tamaño del efecto grande. Apenas existe evidencia sobre la relación entre estas variables, sin embargo, los adolescentes con TND son más propensos a tener relaciones problemáticas con sus pares, por lo que frecuentemente son rechazados por sus compañeros sin problemas (Quy y Stringaris, 2017). Esto podría provocar sentimientos de soledad y aislamiento, factores asociados significativamente al uso problemático del móvil (J. H. Kim, 2018). Además, los adolescentes con TND presentan una baja capacidad para controlar sus impulsos, y el autocontrol parece ser una de las variables que presenta una relación más alta con el abuso de las nuevas tecnologías (Vicente-Escudero et al., 2019).

Asimismo, cabe destacar las diferencias en función del género halladas en relación al TND, las cuales indican una sintomatología mayor en mujeres que en hombres. Esto contradice la mayoría de los estudios, que suelen mostrar consenso acerca de la mayor prevalencia de TND en hombres (Quy y Stringaris, 2017).

En cuanto a la diferencia en alteraciones del sueño según el nivel de uso problemático del móvil, no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos. Esto contradice las investigaciones previas, que encontraron correlaciones significativas de débiles a moderadas entre ambas variables (Demirci et al., 2015; Dewi et al., 2021; Mac Cárthaigh et al., 2020). La disparidad de resultados podría deberse a las diferencias en los instrumentos de evaluación utilizados, en la metodología o en la población estudiada.

Sin embargo, los resultados en relación a esta variable sí muestran diferencias significativas en función del curso en que se encuentran. Concretamente, observamos que los adolescentes de 3º de ESO muestran más alteraciones del sueño que los de 1º de ESO, siendo grande el tamaño del efecto. Esto va en línea con el estudio de Lemola et al. (2015), en el que se observó que se reducían las horas de sueño a medida que aumenta la edad.

Por otra parte, cabe destacar que ninguna de las variables estudiadas, a excepción de las alteraciones del sueño, mostró diferencias significativas según el curso. Esto contradice investigaciones previas, como la de Vicente-Escudero et al. (2019), en la que se observó un incremento tanto del uso problemático del móvil como de los trastornos psicopatológicos asociados a partir de los 15 años de edad. Es importante tener en cuenta que el reducido tamaño de algunos de los grupos de distintas edades puede haber afectado a los resultados relacionados con el curso.

En la literatura actual no existe consenso sobre las diferencias por sexo en el uso problemático del móvil. Sin embargo, los resultados obtenidos indican que no hay diferencias significativas en el uso problemático del móvil en

función del sexo, lo que coincide con hallazgos previos como los de Santana-Vega et al. (2019) y Prezza et al. (2004).

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio han permitido corroborar la hipótesis planteada de que un mayor uso problemático del móvil se relaciona con una mayor presencia de problemas psicopatológicos generales. Además, esta investigación permite poner de manifiesto la mayor repercusión de esta problemática en mujeres, lo cual es un aspecto a tener en cuenta de cara al abordaje terapéutico. Estos hallazgos contribuyen a una mayor comprensión de las implicaciones del abuso del teléfono móvil en la población adolescente, teniendo en cuenta que éste es un colectivo particularmente vulnerable debido a la etapa del desarrollo en el que se encuentra.

La etapa adolescente es especialmente vulnerable debido a los numerosos cambios biológicos, psicológicos y sociales ocurridos en este periodo. Los resultados de esta investigación permiten tomar conciencia de la interferencia que puede suponer el abuso del móvil en estos procesos de desarrollo, provocando un impacto negativo en la salud mental de los adolescentes. Por lo tanto, es importante que padres, educadores y profesionales de la salud promuevan un uso equilibrado y saludable del teléfono móvil en la adolescencia.

Aunque existe una extensa literatura que asocia el uso problemático del móvil a varios de los trastornos psicopatológicos estudiados, destaca la escasez de estudios que examinen la relación entre abuso del móvil y TND, por lo que esta investigación ofrece evidencia novedosa acerca de la conexión entre estas

variables, proporcionando así nuevas líneas de investigación.

Asimismo, esta investigación contribuye a ampliar y actualizar nuestra comprensión sobre el uso problemático del móvil en adolescentes españoles, aunque al disponer de una muestra relativamente reducida, los resultados no pueden ser generalizados a la totalidad de la población adolescente española. Por ello, sería beneficioso para futuras investigaciones contar con muestras más amplias y diversas para poder confirmar y ampliar los hallazgos encontrados en este estudio.

La presente investigación también cuenta con una serie de limitaciones que han podido influir en los resultados y que, por tanto, cabe mencionar. En primer lugar, al ser un estudio transversal no se puede inferir causalidad en las relaciones estudiadas. Para ello sería necesario realizar estudios longitudinales para poder analizar la dirección de estas relacio-

nes. En segundo lugar, los cuestionarios utilizados son herramientas de autoinforme, por lo que pueden existir sesgos de respuesta o deseabilidad social que afecten a la validez de las respuestas. Por último, una limitación importante de este estudio es la distribución desigual de las edades dentro de la muestra de adolescentes. Aunque la muestra incluye participantes de entre 12 y 16 años, existe una subrepresentación notable de participantes en los extremos de este rango de edad. Esta desigualdad puede haber afectado a la validez de los resultados en cuanto a generalización y comprensión de las diferencias en el uso problemático del móvil y en la psicopatología relacionadas con la edad. Futuras investigaciones deberían considerar una muestra más equilibrada de participantes en términos de edad para poder explorar los patrones y relaciones que varían significativamente en función de la edad y así poder asegurar que los hallazgos sean representativos de toda la población adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arrivillaga, C., Rey, L., y Extremera Pacheco, N. (2020). Uso problemático del smartphone y ajuste psicológico en adolescentes: El papel clave de la inteligencia emocional. *Know and Share Psychology*, 1(4). <https://doi.org/10.25115/kasp.v1i4.4258>

Beranuy Fargues, M., Chamarro Lusa, A., Graner Jordania, C., y Carbonell Sánchez, X. (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el abuso de móvil. *Psicothema*, 21(3), 480-485.

Billieux, J., Maurage, P., Lopez Fernandez, O., Kuss, D. J., y Griffiths, M. D. (2015). Can Di-

sordered Mobile Phone Use Be Considered a Behavioral Addiction? An Update on Current Evidence and a Comprehensive Model for Future Research. *Current Addiction Reports*, 2(2), 156-162. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0054-y>

Burns, G. L., Servera, M., y Becker, S. P. (2021). Psychometric properties and normative information on the child and adolescent behavior inventory with ratings for Spanish children from parents and teachers. *Psicothema*, 33(1), 139-145. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.267>

Carbonell, X., Chamarro, A., Griffiths, M., Oberst, U., Cladellas, R., y Talam, A. (2012). Problematic Internet and cell phone use in Spanish teenagers and young students. *Anales de psicología*, 28(3), 789-796. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.156061>

Chóliz, M., Villanueva, V., y Chóliz, M. C. (2009). Ellas, ellos y su móvil: Uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia. *Revista española de drogodependencias*, 34(1), 74-88.

Coyne, S. M., Stockdale, L., y Summers, K. (2019). Problematic cell phone use, depression, anxiety, and self-regulation: Evidence from a three-year longitudinal study from adolescence to emerging adulthood. *Computers in Human Behavior*, 96, 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.02.014>

de la Villa Moral, M., y Suárez, C. (2016). Factores de riesgo en el uso problemático de Internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(2), 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2016.03.001>

Demirci, K., Akgönül, M., y Akpınar, A. (2015). Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2), 85-92. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.010>

Dewi, R. K., Efendi, F., Has, E. M. M., y Gunawan, J. (2021). Adolescents' smartphone use at night, sleep disturbance and depressive symptoms. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 33(2). <https://doi.org/10.1515/ijamh-2018-0095>

Dhamija, S., Shailaja, B., Chaudhari, B., Chaudhury, S., y Saldanha, D. (2021). Prevalence of smartphone addiction and its relation with sleep disturbance and low self-esteem among medical college students. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(1), 189-194. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.328813>

Díaz Santano, S. (2022). *La adicción a los smartphones y su efecto en la salud mental de los adolescentes* [Trabajo de Fin de Grado, Universidade da Coruña]. Repositorio Universidade Coruña. <http://hdl.handle.net/2183/32413>

Estévez, L., Bayón, C., de la Cruz, J., y Fernández Liria, A. (2009). Uso y abuso de Internet en adolescentes. *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*, 101-130.

Forrest, C. B., Meltzer, L. J., Marcus, C. L., de la Motte, A., Kratchman, A., Buysse, D. J., Pilkonis, P. A., Becker, B. D., y Bevan, K. B. (2018). Development and validation of the PROMIS Pediatric Sleep Disturbance and Sleep-Related Impairment item banks. *Sleep*, 41(6). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy054>

González Villadangos, S. M., y Labrador Encinas, F. J. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 22(2), 180-188.

Guerrero Tomas, R., Martín Palacio, M. E., di Giusto Valle, C., de la Fuente Anuncibay, R., y González Uriel, C. (2017). La personalidad eficaz en adolescentes diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): diferencias de género. *Revista de orientación educacional*, 31(59), 38-52.

- Hong, Y. P., Yeom, Y. O., y Lim, M. H. (2021). Relationships between Smartphone Addiction and Smartphone Usage Types, Depression, ADHD, Stress, Interpersonal Problems, and Parenting Attitude with Middle School Students. *Journal of Korean Medical Science*, 36(19), 1-13. <https://doi.org/10.3346/JKMS.2021.36.E129>
- Jasso Medrano, J. L., López Rosales, F., y Díaz Loving, R. (2017). Conducta adictiva a las redes sociales y su relación con el uso problemático del móvil. *Acta de investigación psicológica*, 7(3), 2832-2838. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.11.001>
- Jenaro, C., Flores, N., Gómez Vela, M., González Gil, F., y Caballo, C. (2007). Problematic internet and cell-phone use: Psychological, behavioral, and health correlates. *Addiction Research and Theory*, 15(3), 309-320. <https://doi.org/10.1080/16066350701350247>
- Jensen, M., George, M. J., Russell, M. R., y Odgers, C. L. (2019). Young Adolescents' Digital Technology Use and Mental Health Symptoms: Little Evidence of Longitudinal or Daily Linkages. *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1416-1433. <https://doi.org/10.1177/2167702619859336>
- Jun, S. (2016). The reciprocal longitudinal relationships between mobile phone addiction and depressive symptoms among Korean adolescents. *Computers in Human Behavior*, 58, 179-186. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.12.061>
- Kater, M. J., y Schlarb, A. A. (2020). Smartphone usage in adolescents – motives and link to sleep disturbances, stress and sleep reactivity. *Somnologie*, 24(4), 245-252. <https://doi.org/10.1007/s11818-020-00272-7>
- Kim, J. H. (2018). Psychological issues and problematic use of smartphone: ADHD's moderating role in the associations among loneliness, need for social assurance, need for immediate connection, and problematic use of smartphone. *Computers in Human Behavior*, 80, 390-398. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.11.025>
- Kim, J. H., Seo, M., y David, P. (2015). Alleviating depression only to become problematic mobile phone users: Can face-to-face communication be the antidote? *Computers in Human Behavior*, 51, 440-447. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.05.030>
- Kim, S. G., Park, J., Kim, H. T., Pan, Z., Lee, Y., y McIntyre, R. S. (2019). The relationship between smartphone addiction and symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity in South Korean adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0224-8>
- Lam, L.T. (2014). Risk Factors of Internet Addiction and the Health Effect of Internet Addiction on Adolescents: A Systematic Review of Longitudinal and Prospective Studies. *Curr Psychiatry Rep* 16(508). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0508-2>
- Lemola, S., Perkinson-Gloor, N., Brand, S., Dewald-Kaufmann, J. F. y Grob A. (2015). Adolescents' Electronic Media Use at Night, Sleep Disturbance, and Depressive Symptoms in the Smartphone Age. *Journal of Youth and Adolescence* 44, 405–418. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0176-x>
- Levelink, B., van der Vlegel, M., Mommers, M., Gubbels, J., Dompeling, E., Feron, F. J. M., van Zeben-van der Aa, D. M. C. B., Hurks, P., y Thijs, C. (2021). The Longitudinal Rela-

tionship Between Screen Time, Sleep and a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood. *Journal of Attention Disorders*, 25(14), 2003-2013. <https://doi.org/10.1177/1087054720953897>

Lopez Fernandez, O., Honrubia Serrano, L., Freixa Blanxart, M., y Gibson, W. (2014). Prevalence of problematic mobile phone use in british adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(2), 91-98. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0260>

Mac Cárthaigh, S., Griffin, C., y Perry, J. (2020). The relationship between sleep and problematic smartphone use among adolescents: A systematic review. *Developmental Review*, 55. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2020.100897>

Medici, D., Morales Suárez-Varela, M., y Codoñer-Franch, P. (2019). Género y diagnóstico en el niño con trastorno por déficit de atención-hiperactividad en un hospital público de España. *Revista mexicana de neurociencia*, 20(1), 36-41.

Prezza, M., Pacilli, M. G., y Dinelli, S. (2004). Loneliness and new technologies in a group of Roman adolescents. *Computers in Human Behavior*, 20(5), 691-709. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2003.10.008>

Quy, K., y Stringaris, A. (2017). Trastorno negativista desafiante. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines*.

Rial, A., Gómez, P., Braña, T., y Varela, J. (2014). Actitudes, percepciones y uso de Internet y las redes sociales entre los adolescentes de la comunidad gallega (España).

Anales de Psicología, 30(2), 642-655. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.159111>

Roberts, J. A., Pullig, C., y Manolis, C. (2015). I need my smartphone: A hierarchical model of personality and cell-phone addiction. *Personality and Individual Differences*, 79, 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.049>

Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A., y Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno?. *Adicciones*, 20(2), 149-159.

Sánchez-Martínez, M., y Otero, A. (2009). Factors associated with cell phone use in adolescents in the community of Madrid (Spain). *Cyberpsychology and Behavior*, 12(2), 131-137. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0164>

Santana-Vega, L. E., Gómez-Muñoz, A. M., y Feliciano-García, L. (2019). Adolescents problematic mobile phone use, Fear of Missing Out and family communication. *Comunicar*, 27(59), 39-47. <https://doi.org/10.3916/C59-2019-04>

Sihoe, C. E., Mueller, U., y Liu, S. (2023). Perceived smartphone addiction predicts ADHD symptomatology in middle school adolescents: A longitudinal study. *Computers in Human Behavior Reports*, 12. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2023.100335>

Vicente-Escudero, J. L., Saura-Garre, P., López-Soler, C., Martínez, A., y Alcántara, M. (2019). Adicción al móvil e internet en adolescentes y su relación con problemas psicopatológicos y variables protectoras. *Escritos de Psicología*, 12(2), 103-112.



Humanitzem les teves finances

T. 971 21 01 48 | M. 627 424 723

oficina19@caixa-enginyers.com

Av. Alemanya, 17 – 07003 Palma de Mallorca

Horari: de dilluns a dijous de 8:30 a 14h i de 16 a 18h. Divendres de 8:30 a 14h.