

***REVISTA DE FUNDAMENTOS DE
PSICOLOGÍA***
Volumen 9-11
2017-2019

ÍNDICE

Influencia del WhatsApp en las relaciones de pareja	4
Estigmatización de la juventud de la Comunidad Valenciana hacia las personas con VIH-SIDA	11
Tratamiento para la adicción al cannabis y psicopatologías	22
Relación entre el bullying y el consumo excesivo de alcohol en la adolescencia.	32
Estudio de la relación entre el consumo de cannabis y el trastorno bipolar	39
Factores de riesgo en la niñez indicadores del desarrollo de una psicopatía en la adolescencia	47
Factores de riesgo que llevan a un psicópata a cometer asesinato	55
Influencia de los factores ambientales en el uso de juegos PvP	63
Eficacia de la terapia con música en pacientes de Alzheimer	74
Modificación de las creencias sobre el tarot en estudiantes universitarios	86

Influencia del WhatsApp en las relaciones de pareja

Andrea Sáez Vera
Elena López Navarro
María Redondo Pina
Miguel Ángel Martínez León

Resumen

El objetivo de este estudio es conocer si existe algún tipo de relación entre las discusiones de pareja y el uso de WhatsApp. Los factores que se van a medir en el mencionado estudio son la frecuencia de uso de WhatsApp, los fines de uso, el control sobre la pareja, la dependencia, los malentendidos, la severidad, la inseguridad y la rutina.

Para su realización se seleccionará una muestra de 120 parejas de entre 18 a 35 años. Posteriormente, por medio de cuestionarios, se analizarán las diferentes variables, desvelando si existe alguna relación entre las diferentes variables y los conflictos que se dan dentro de una relación.

Introducción

Es innegable que, actualmente, la sociedad vive un período de pleno auge de revolución tecnológica. En menos de 20 años las novedades tecnológicas se han proliferado de una manera muy significativa, siendo el salto cuantitativo y cualitativo más grande de los últimos siglos, tecnológicamente hablando. Estos nuevos avances han permitido la globalización y facilitación de información, y han abierto un nuevo mundo de posibilidades. En este corto período de tiempo el ser humano se ha adaptado a nuevos instrumentos y aplicaciones que han modificado muchas de las conductas humanas. Por supuesto, a nivel cotidiano han aparecido un sinnúmero de gadgets y aplicaciones. En concreto existen un tipo, que han tenido gran repercusión, que tienen por objetivo el facilitar la comunicación e interacción social, son las llamadas redes sociales. Una de ellas es el WhatsApp, siendo un sistema de mensajería instantánea, que no solo permite comunicarse de manera gratuita, desbancando así al antiguo sistema SMS, sino que además ofrece otras posibilidades, un tanto discutibles, como el facilitar la información sobre la última conexión del receptor, o el saber si alguien ha recibido y leído tu mensaje (Adell, 1997).

Es lógico, entonces, el plantearse el hecho de cómo estas nuevas aplicaciones están afectando a las relaciones humanas. Solo hay salir a la calle para observar cuán diferente es la situación actual de la de hace 10 años, hoy en día es un tema muy debatido, donde se acusa a estos nuevos avances de ser la causa de la pérdida de comunicación cara a cara, de la cercanía o del enfriamiento de las relaciones. Se gasta más tiempo en compartir lo que experimentamos que en experimentarlo realmente, ya sea un momento único: conciertos, quedadas, cumpleaños, viajes, etc. Y esto no hace referencia al tomar una foto un vídeo, sino al constante estado online de compartir cientos de ellos en vivo. Todo el mundo parece estar pendiente de hacer saber a los demás lo feliz que se es o el estatus que mantienen compartiendo diferentes archivos. Las personas crean su “personaje virtual”, su construcción pública del yo (Bernete, 2010).

Concretamente, es de vital importancia el saber cómo afectan dichas tecnologías a las relaciones de pareja. Por ello, se deben citar algunas de las conclusiones ya obtenidas en otros estudios sobre las relaciones que mantienen las redes sociales y las relaciones amorosas. Dichas redes facilitan en gran medida el control que se puede ejercer sobre la pareja, un 25% de las chicas dicen que su novio o ex-novio las vigila a

través de estas tecnologías. Todo apunta a que esto lleva a una proliferación de violencia de género, pues esta no es solo física, sino también psicológica, y el entorno virtual es capaz de facilitar dichas conductas de maltrato. Además, imponen estándares de cómo deben ser las relaciones amorosas, es decir, ese control mencionado antes puede llegar a pasar inadvertido, ya que algunas personas lo perciben como algo normal y lógico dentro de una relación. (Blanco, 2014).

En un estudio realizado por la Universidad Autónoma de Nayarit se encontró que el 40% se habían enfadado alguna vez por los “me gustas” que daban sus parejas. Un 70% reconoció haber tenido problemas en la relación a causa de la interacción en las redes, y un 30% llegó a la ruptura (García y Enciso, 2014).

Se puede apreciar, entonces, la gran repercusión que tienen estas nuevas aplicaciones en la sociedad. Sin embargo, esto parece apuntar a datos muy generales, es decir, a las consecuencias directas de unos comportamientos en todas las redes sociales. Por ello, es preciso la necesidad de un estudio que trate, fuera de la violencia de género o las rupturas, las situaciones más cotidianas y conflictivas que se dan en la pareja debido al uso de WhatsApp concretamente. Ya que es la aplicación que más se usa a nivel de comunicación instantánea, y donde se dan la mayoría de las disputas amorosas virtuales.

Objetivos

Pregunta problema

¿Influye el WhatsApp en las relaciones de pareja?

Objetivo general

- Analizar la influencia de WhatsApp en las relaciones de pareja.

Objetivos específicos

- Estudiar la relación de la frecuencia de uso de WhatsApp y las disputas en la pareja.
- Estudiar la relación de la frecuencia de uso de WhatsApp y el control sobre la pareja.
- Estudiar la relación de la frecuencia de uso de WhatsApp y la dependencia de la pareja.
- Estudiar la relación de la frecuencia de uso de WhatsApp y los malentendidos en

la pareja.

Hipótesis

- Una mayor frecuencia de uso de WhatsApp provocará más disputas en la pareja.
- Una mayor frecuencia de uso de WhatsApp desembocará en un mayor control entre la pareja.
- Una mayor frecuencia de uso de WhatstApp ocasionará más dependencia sobre la pareja.
- Una mayor frecuencia de uso de WhatsApp propiciará malentendidos entre la pareja.

Método

Participantes

En este estudio se seleccionarán 120 personas de la provincia de Alicante de entre 18 y 35 años. Será un requisito fundamental que tenga pareja. Además, se pretende obtener una muestra heterogénea en cuanto a la frecuencia de uso de WhatsApp, por lo que no es un requisito esencial la forma que tengan de comunicarse.

Variables e instrumentos

- Frecuencia de uso de WhatsApp: hace referencia al tiempo que se emplea conversando con la pareja a través de la aplicación.
- Disputas: número de discusiones, riñas y enfados que se dan entre la pareja a través de la aplicación.
- Control sobre la pareja: grado de control que un miembro de la pareja tiene sobre el otro, o ambos a la vez, mirando su última conexión, la confirmación de lectura, la frecuencia con la que se pregunta dónde está la pareja, con quién y qué está haciendo.
- Dependencia: nivel de necesidad que se tiene de estar permanentemente hablando con la persona con la que se comparte la relación a través de la aplicación limitando las relaciones amistosas y con la familia.
- Malentendidos: número de conversaciones poco significativas, en las que se sacan las cosas de contexto y no se miden bien los tonos o los significados que uno quiere dar con unas palabras y que acaban desembocando en una disputa, ya sea por no poner exclamaciones o emoticonos al acabar una frase, por poner un punto al final de cada mensaje enviado o por no acabar las palabras con más de una letra.

El instrumento que se utilizará en este estudio será el cuestionario WIR-P, con 29 ítems, creado íntegramente por los investigadores (ver anexo). La primera pregunta mide la frecuencia con la que la pareja se comunica por WhatsApp (número de veces/día), y las siguientes 28 quedan divididas en 4 partes. La primera parte (de la pregunta 2 a la 6) extrae información acerca de las disputas de la pareja, en la segunda parte (de la pregunta 7 a la 20) se obtiene información sobre el control que ejerce una parte de la pareja sobre la otra, en la tercera parte (de la pregunta 21 a la 25) se consigue información acerca de la dependencia que se tiene sobre la pareja y, por último, en la cuarta parte (de la pregunta 26 a la 29) se adquiere información acerca de los malentendidos entre la pareja.

El cuestionario dispone de 5 alternativas de respuesta, en las cuales el sujeto elegirá entre “nunca”, “poco”, “moderado”, “bastante” y “mucho”.

Para evitar variables extrañas, se procurará que la muestra sea representativa, intentando obtener un 50% de hombres y un 50% de mujeres, así como un 50% de participantes en edades comprendidas entre 18-26 años y un 50% en edades comprendidas entre 27-35 años.

Procedimiento

Para la selección de la muestra se colgarán carteles en las universidades de Alicante y Elche, con la información básica sobre el estudio: objetivo principal, la forma de acceder al estudio, un e-mail y un número de teléfono para acceder a información más detallada. Todo esto junto a los requisitos para poder acceder al estudio.

Además, se pondrá en marcha la técnica “bola de nieve”, la cual consiste en la transmisión de la información sobre el estudio a través de conocidos, y estos a su vez a otros conocidos, así sucesivamente.

Por último, se colgará un anuncio en las redes sociales, como Facebook, Twitter de las universidades implicadas o incluso la transmisión de este por difusión en WhatsApp, lo que contribuirá al efecto “bola de nieve”, para llegar al mayor número de gente de la zona.

Se informará a los participantes sobre el período de evaluación, es decir, serán 3 cuestionarios a lo largo de 3 meses, concretamente 1 al mes. La información adicional junto con el horario se les adjuntará vía e-mail. La realización del cuestionario será vía online, se creará un enlace que se facilitará a los participantes, el cuestionario estará

activo en las fechas señaladas en el horario. Se procede de esta manera ya que si está abierto permanentemente no se podría llevar un control exacto de cada cuanto tiempo se obtienen los resultados, ya que se podría realizar a finales de un mes y a principios de otro.

Tipo de diseño y estudio

El diseño de investigación que se empleará será de método correlacion ya que no se busca causalidad, sino que se pretende medir o averiguar si existe relación entre el uso de Whatsapp y el aumento de las discusiones de pareja. Este es un estudio natural de campo porque no se modifican las variables ni el entorno en el que se dan.

El estudio que se utilizará será longitudinal, ya que se tomarán 3 medidas del mismo sujeto en 3 momentos de tiempo diferentes. Para ello, se utilizará un código que el sujeto deberá rellenar con su sexo, fecha de nacimiento y la fecha de realización del cuestionario.

Análisis de datos

Tras finalizar el estudio, se analizarán y contrastarán los resultados obtenidos mediante un paquete estadístico, en el SPSS. Se realizará un análisis descriptivo profundo en las puntuaciones de cada sujeto, estudiando la media, la desviación típica y los porcentajes obtenidos. Por último, se realizará un análisis de comparación entre los distintos momentos de medida, utilizando para ello la correlación de Pearson con un nivel de confianza del 95%.

Resultados esperables

Los resultados esperables, tras el análisis de los datos recogidos en el cuestionario WIR-P, si éste se llevara a cabo, serían los siguientes.

En cuanto a la primera hipótesis, un uso de WhatsApp frecuente hará que aumenten las disputas en la pareja, ya que las discusiones pueden durar más tiempo que una discusión cara a cara debido a que el contacto no cesa. En el WhatsApp la actividad es constante e incluso el hecho de no responder seguidamente mientras se discute puede acrecentar en gran medida la confrontación.

Respecto a la segunda hipótesis, una mayor frecuencia de uso de WhatsApp desembocará en un mayor control en la pareja debido a que como se dispone de la última conexión, de si se está 'en línea' o no y de la confirmación de lectura, se sabe en qué momento la otra persona se encuentra conectada lo que provocará un seguimiento

constante: conocerán cuando la pareja se ha ido a dormir, cuando se ha despertado o incluso si permanece en línea mucho tiempo sabrán que está hablando con más gente. Por ello WhatsApp ofrece la opción de que los demás no puedan ver estos detalles. De este modo el omitirlos podría ser una solución, sin embargo el mero hecho de hacer esto puede desembocar en un pensamiento de que quien se lo quita lo hace para ocultar algo, lo que genera duda y desconfianza hacia la otra persona. Además también influirá en el control el querer saber constantemente dónde, con quién y qué está haciendo la pareja.

En tercer lugar, una mayor frecuencia de uso de whatsapp ocasionará más dependencia sobre la pareja, ya que se dará una situación de contacto continuo, se crearán rutinas de conversación y se tendrá en cuenta que la otra persona este pendiente de la relación en todo momento.

Por último, una mayor frecuencia en el uso de WhatsApp propiciará más malentendidos entre la pareja. Esto es debido, principalmente, a que es un lenguaje escrito y las ironías, sarcasmos o bromas podrán no ser entendidas como tales, dándoles un tono más serio o tomándolas como algo que no son. Una herramienta para expresar la intención pueden ser los emoticonos, pero al ser tan subjetivos, las personas podrán identificar diferentes mensajes e interpretaciones. Además, un aspecto importante es la manera en la que se escribe: un bajo número de palabras o incluso una muy concreta podrán ser vistas como un indicio de desinterés e incitar malentendidos. Este tipo de conducta en WhatsApp, puede ser calificada como “muy sosa”, cuando en realidad hay situaciones en las que no se requiere un mayor uso de palabras o de receptividad, simplemente una respuesta práctica.

Referencias

- Adelle, J. (1997). Tendencias en educación en la sociedad de las tecnologías de la información. *Edutec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 7.
- Bernete, F. (2010). Usos de las TIC, Relaciones sociales y cambios en la socialización de los jóvenes. *Revista de estudios de juventud*, 88, 97-114.
- García, L.A & Enciso, R (2014). Influence of Facebook in the Relationship. *Edutec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 4, 181-191.
- María Ángeles Blanco Ruiz. (2014). Implications of The Use of Social Networks in the Increase of Gender Violence in Teenagers. *Comunicación y medios*, 30, 124-141.

Estigmatización de la juventud de la Comunidad Valenciana hacia las personas con VIH-SIDA

Esther Menchero Matesanz

Júlia Esquembre Muñoz

Víctor Berenguer Agulló

Lucía Caselles Pina

Carla Escuder Juan

RESUMEN

El objetivo de este estudio correlacional se basará en analizar ciertos factores que podrían dar paso a la estigmatización de las personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida entre jóvenes de 20 a 30 años. Los factores que se medirán serán la homofobia, la información, el contacto con quienes padecen esta infección y el nivel socioeconómico. Para obtener una muestra presencial general, se recurrirá a la captación de sujetos en lugares cotidianos de las provincias de la Comunidad Valenciana, como mercados, campus universitarios o lugares céntricos de la ciudad. Se recopilará una muestra de 150 personas de entre 20 y 30 años, elegidos aleatoriamente. Se tratará de heterogeneizar la muestra para que el estudio sea lo más representativo posible, intentando a la vez que sea homogénea. Mediante una escala de medida se evaluarán las distintas variables, poniendo de manifiesto en qué magnitud cada una de ellas afectará a la estigmatización de esta enfermedad.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) “El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. Sin embargo, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por

“la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH”. Esta enfermedad, puede transmitirse mediante relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.

A pesar de la gran cantidad de información disponible, todavía hoy se ha podido comprobar que existe estigmatización y discriminación (Díaz y Ayala, 2001) hacia quienes la sufren, así como falsas creencias acerca de la enfermedad y todo aquello que la rodea, tratamiento, forma de contagio, quienes la padecen, etc. Se entiende estigma, según Goffman (1963) como “la identificación que se crea de un grupo de personas o de una persona, basada en características físicas o comportamientos sociales, percibidos como diferentes a las de los grupos o personas consideradas normales”.

Desde los inicios de la aparición del virus del VIH, se ha vinculado su transmisión a personas homosexuales (Rotheram-Borus, Rosario, Reid y Koopman, 1995) y su propagación a conductas sexuales de riesgo y reprimidas en la sociedad (Wilson y Yoshikowa, 2004). De igual manera, el consumo de drogas intravenosas también se encuentra asociado a la difusión de la enfermedad.

Asimismo, generaciones pasadas pertenecientes a continentes como África o Asia han vinculado la enfermedad del SIDA a la población occidental por el simple hecho de pertenecer a sociedades en las que existe debilidad familiar, valores liberales o declive de moralidad (OMS, 2010). Con el paso del tiempo la mayoría de países del

mundo han cambiado su punto de vista, acusando a la África subsahariana como principal foco de la enfermedad.

De igual modo, el racismo y la xenofobia siempre han estado relacionadas con los orígenes del VIH y sobre todo con su estigmatización. Estas personas son discriminadas en ámbitos laborales, sociales y familiares. Dicha estigmatización, afecta también a personas que, aunque estén en riesgo, tengan miedo y se abstengan de ir a centros sanitarios para la realización de pruebas que puedan detectar enfermedades como el VIH. Este hecho puede ser debido a la falta de información sobre la enfermedad y al escaso contacto que se tiene con los afectados que la padecen.

Existen numerosos estudios relacionados con el trabajo expuesto (Rodríguez y García, 2006) en los cuales se debate sobre cuál es la mejor manera de reducir esta estigmatización y el impacto que ésta produce en los enfermos, como se puede ver en el estudio *Igualdad de trato y no discriminación*, realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (2017).

Otras investigaciones con estudiantes dan lugar a que se encuentren datos suficientemente fiables con los que se justifique la falta de conocimientos y las numerosas prácticas de riesgo que pueden facilitar la transmisión del VIH-SIDA por parte de los jóvenes (Rubiano y Saldarriaga, 2011).

A la vista de estos datos y detectadas las presentes necesidades sociales acerca del desconocimiento de la enfermedad, tanto del contagio como del estado de las personas que la padecen, se considera necesaria la realización de dicho estudio para comprobar qué factores son los más influyentes a la hora de que los jóvenes de la Comunidad Valenciana estigmaticen a las personas con VIH-SIDA para así actuar de manera directa, eficaz y eficiente, pudiendo aminorar lo máximo posible el estigma y normalizar en la sociedad la situación de las personas con la enfermedad, aportándoles unas relaciones sociales de mejor calidad y una mayor integración con sus iguales.

OBJETIVOS

Pregunta problema:

¿Qué motivos favorecen la estigmatización de las personas con VIH-SIDA entre la juventud de la Comunidad Valenciana?

Objetivo general:

Analizar los motivos de la estigmatización de las personas con VIH-SIDA en la juventud de la Comunidad Valenciana.

Objetivos específicos:

- Estudiar la relación entre homofobia y la estigmatización de las personas con VIH-SIDA.
- Estudiar la relación entre la información sobre el VIH-SIDA (forma de contagio, tratamiento, factores de riesgo, síntomas, etc.) y la estigmatización de las personas con VIH-SIDA.
- Estudiar la relación entre el contacto con personas que padecen VIH-SIDA y la estigmatización de éstas personas que padecen VIH-SIDA.
- Estudiar la relación entre el nivel socioeconómico y la estigmatización de las personas con VIH-SIDA.

Hipótesis:

- Si existe homofobia, la estigmatización de las personas con VIH-SIDA aumentará.
- Si existe información errónea e incompleta sobre las formas prevención, tratamiento o síntomas, la estigmatización de las personas con VIH-SIDA aumentará.
- Si existe contacto con personas que la padecen, la estigmatización de las personas con VIH-SIDA disminuirá.
- Si existe mayor nivel socioeconómico, la estigmatización de las personas con VIH-SIDA disminuirá.

MÉTODO

Participantes

Se escogerá una muestra de 150 sujetos de la Comunidad Valenciana, procurando recoger 50 sujetos de cada provincia (Castellón, Valencia y Alicante) en lugares públicos y al azar, para que la muestra sea heterogénea y representativa. Al mismo

tiempo, se pretenderá que sea homogénea, es decir, que haya aproximadamente la misma cantidad de hombres y de mujeres, al igual que la misma cantidad de sujetos de cada provincia, para los cuales se tendrán presentes los siguientes criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres con edad comprendida entre 20 y 30 años, en los que el nivel de estudios no tendrá importancia para su inclusión.
- Para que la muestra sea lo más representativa posible, se escogerá a los sujetos en lugares públicos, como mercados, comercios, bibliotecas, plazas, etc. Intentando que el porcentaje entre hombres y mujeres sea lo más equitativo posible.
- Personas que sepan escribir y leer, necesario para poder leer y cumplimentar la escala.

Los criterios de exclusión a tener en cuenta serán:

- Personas que sufran de una psicopatología diagnosticada.
- Personas que padezcan Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA).
- Aquellos que no estén entre las edades comprendidas citadas anteriormente.
- Aquellos que no sepan leer ni escribir.

Variables e instrumentos

- Estigma hacia personas con VIH-SIDA: Se evidencia por percepciones hacia estas personas tales como pensar que realizan prácticas sexuales de riesgo o que abusan del consumo de sustancias estupefacientes como son la heroína o la cocaína. Otro comportamiento típico del estigma hacia estas personas es que, debido al desconocimiento sobre el contagio de la enfermedad, se piensa que el VIH-SIDA es exclusivo de ciertos colectivos o actividades y que evitando éstos, se evita su contagio.

- Información sobre VIH-SIDA: Se identifica como los conocimientos que los participantes muestren tener acerca de la prevención, tratamiento y síntomas del VIH-SIDA.

- Homofobia: Se entiende por el rechazo, repudio o prejuicio hacia hombres y/o mujeres que se reconocen a sí mismos como homosexuales, es decir, que se sientan atraídos por individuos de su mismo sexo. Además, puede incluir el rechazo de personas bisexuales (individuos atraídos por ambos sexos) y transexuales (individuos que tienen cuerpo

perteneciente a un sexo, pero se identifican con el otro). El repudio, rechazo o prejuicio se evidenciará cuando los sujetos afirmen argumentos tales como: “todos los homosexuales contraen SIDA; “mediante sexo anal se contrae el SIDA”.

- Nivel socio-económico: Se entiende por estatus social la posición económica del sujeto en la sociedad dependiendo del empleo de sus padres o tutores, resumida en: bajo, medio-bajo, medio, medio-alto y alto.

- Contacto: Se define como la relación próxima con personas con VIH-SIDA en diferentes ámbitos como laboral, familiar, de amistad, comunidad de vecinos, etc.

Estas cinco variables se medirán de la misma forma, mediante una escala de medida que estará formada por un número total de veinte ítems con cinco alternativas de respuesta, en la cual se deberá rodear la que mejor se adecúe a la opinión de cada sujeto voluntario sobre la importancia del asunto a tratar:

1-Totalmente desacuerdo / 2-En desacuerdo / 3-Ni en acuerdo ni en desacuerdo / 4-De acuerdo / 5-Totalmente de acuerdo. (Ver anexo).

Variable extraña:

- Encuesta en público: Para evitar esta variable es importante el espacio individual, la privacidad y anonimato a la hora de realizar los cuestionarios.

Con esta medida se pretenderá evitar el sesgo, un margen de error al que a menudo la sociedad da pie por el hecho de aparentar ideas que son comúnmente aceptadas y en realidad se piensan otras totalmente distintas, que por miedo o vergüenza no se llegan a exteriorizar.

- El sexo y la edad: Dos sujetos con la misma edad y el mismo sexo, por su experiencia, sus ideas, su educación o su interés sobre el tema, por ejemplo, podrían diferir en sus respuestas. Tal como se ha descrito anteriormente en el apartado “participantes”, se tomará una muestra homogénea para evitar dicha variable.

Procedimiento

Se acudirá a lugares públicos, como mercados, comercios, bibliotecas, plaza, etc. de las provincias de la Comunidad Valenciana (Valencia, Castellón y Alicante), tratando de obtener 50 sujetos de cada una de ellas que cumplan con los requisitos para que la muestra sea heterogénea y representativa. Del mismo modo, se pretenderá que sea

homogénea, es decir, que haya aproximadamente la misma cantidad de hombres y de mujeres, al igual que la misma cantidad de sujetos de cada provincia.

Se les explicará en qué consiste el estudio así como su participación y a continuación se les preguntará si desean participar. En caso afirmativo, se recogerán sus datos, entre ellos el correo electrónico para, más tarde, enviar a los sujetos voluntarios un cuestionario y un consentimiento que deberán firmar y que autorizará la inclusión y manejo de sus datos en el estudio. Una vez completada la muestra con los 150 sujetos y haber enviado el cuestionario y el consentimiento a cada uno de ellos, se dará un plazo de una semana para su realización y reenvío a los autores y responsables del estudio. Dicha escala se enviará a los individuos que participen en el estudio por correo electrónico, teniendo un plazo de una semana para su realización y reenvío a los autores del estudio para su análisis.

La escala facilitará la información necesaria para saber si el individuo conoce la enfermedad, presenta estereotipos o prejuicios sobre ella o si, por el contrario, está informado sobre ésta, mostrando un grado de aceptación y conocimiento suficiente para empatizar con el individuo que presente VIH-SIDA.

Tipo de diseño y estudio

Debido a que en el estudio no se procederá a manipular las variables sino únicamente a medirlas, se utilizará un método de investigación correlacional, el uso del cual es específico para observar la relación o no entre las variables y la no causalidad. Se trata también de un trabajo de campo, en un ambiente natural y sin la modificación de variables. Cabe decir, por último, que es un estudio transversal, ya que se miden las variables una sola vez.

Análisis de datos

Una vez realizada la escala correspondiente, se procederá a la introducción de los datos obtenidos en el programa SPSS para pasar a ser codificados y analizados.

Dado que se trata de un estudio correlacional, con estos datos se realizará un contraste con las hipótesis planteadas mediante el coeficiente de correlación de Pearson, ya que describe el grado en que una variable dista de la otra. Los análisis de correlación se

harán con un nivel de confianza del 95%. También se podrá utilizar el análisis de t-Student con el mismo nivel de confianza.

RESULTADOS ESPERABLES

Si el estudio se llevase a cabo, los resultados esperables serían los siguientes:

- Atendiendo a la variable homofobia, se podrá decir que, si se manifiesta tanto de manera directa como de manera menos evidente, la estigmatización de las personas que padecen esta enfermedad aumentará (Granados-Cosme, Torres-Cruz y Delgado-Sánchez, 2009). Esto se debe a que esta actitud está relacionada con la discriminación y prejuicios hacia los homosexuales, lo cual induce a, por ejemplo, ser atendidos de manera más precaria por médicos o creer que todo este colectivo padece esta enfermedad (Campo-Arias y Herazo, 2008).
- En cuanto a la relación de la información sobre el VIH-SIDA con respecto al estigma, se estima que cuanta más información y de mayor calidad sea facilitada, menor será el estigma que rodee a esta afección. Esta información puede ser facilitada mediante campañas de prevención en institutos o centros de salud, por ejemplo. Esto es debido a que se ha podido observar en diversos artículos y estudios consultados que la falta de información lleva al desconocimiento de cómo se contagia la infección y de las posibilidades de tratamiento de las que hoy en día se disponen (Estrada, 2007). Esto, lleva al rechazo de las personas que la padecen además de establecer prejuicios acerca de quiénes son los que pueden ser afectados por el VIH-SIDA.
- Si se habla de la relación entre la proximidad a una persona que padezca esta infección, se puede decir que cuánto más relación se mantenga con este grupo, el estigma disminuirá. Esto se debe a que las experiencias en primera persona con quienes la sufren pueden proporcionar mayor conocimiento, concienciación y empatía hacia la enfermedad, reduciendo así el estigma.
- Con respecto a la variable socioeconómica, se espera que entre aquellos que se encuentren en un nivel más elevado, la estigmatización sea menor. Esto se explicaría porque un nivel socioeconómico elevado se asocia con más posibilidades de atención sanitaria y educativa de calidad (Damieta, 2014). Lo cual, a su vez, comportaría un mayor conocimiento de la enfermedad, así como un mayor desarrollo psicosocial,

teniendo de este modo más habilidades sociales y emocionales, como por ejemplo la empatía, mediante la cual podrían entender de mejor manera las difíciles situaciones cotidianas por las que pasan las personas que padecen VIH-SIDA. Mientras que, por otra parte, aquellos que se encuentren en un nivel socioeconómico bajo, tenderán a estigmatizar en mayor medida a las personas que sufren VIH-SIDA por simple desconocimiento o mala información, todo ello derivado de una educación de poca calidad o una falta de pensamiento crítico que favorece la adherencia a ideas proporcionadas por otras personas, sean ciertas o no, creando así prejuicios y normalmente falta de habilidades sociales.

REFERENCIAS

- Asociación T4 de lucha contra el SIDA. Estigma y discriminación. 2003. Disponible en:
<http://asociaciont4.com/?work=prueba>
- Bayés, R., Comellas, B., Llorente, S. y Viladrich, M. (1998). Información, Miedo y Discriminación en la pandemia por VIH/SIDA. *Psicothema*, 10, 127-134.
- Campo-Arias, A., Herazo, E. (2008). Homofobia en estudiantes de medicina: Una revisión de los diez últimos años. *MedUNAB*, 11, 120-123.
- Castillo, M., Rodríguez, V., Torres, R., Pérez, A. y Martel, E. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema*, 15, 197-204.
- Collymore, Y. Estigma y discriminación relacionados con el SIDA. s.f. Disponible en:
<http://www.prb.org/SpanishContent/2002/EstigmaydiscriminacionrelacionadosconelSIDA.aspx>
- Damieta, J. Las desigualdades sociales retrasan el diagnóstico del VIH y el inicio del tratamiento. 2014. Disponible en:
http://gttvih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/12-09-14
- Díaz, R. y Ayala, G. (2001). *Social discrimination and health. The case of latino gay men and HIV risk*. Estados Unidos: The policy Institute of the Nacional Gay & Lesbian Task Force.
- Estrada, J. (2007). La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/SIDA. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25, 61-70.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires- Madrid: Amorrortu editores.
- Granados-Cosme, J., Torres-Cruz, C., Delgado-Sánchez, G. (2009). La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y las situaciones de riesgo para VIH/SIDA. *Salud pública de México*, 51, 474-488.
- Ministerio de sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Igualdad de trato y nos discriminación. 2017. Disponible en
<http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/estigma.htm#sufrirStigma>
- OMS. Datos fundamentales sobre la epidemia de VIH y los progresos realizados en las regiones y los países en 2010. 2010. Disponible en:

http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/regional_facts/es/index2.htm
1.

OMS.VIH/SIDA. 2015. Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

Rodríguez, E. y García, N. (2006). Enfermedad y significación: Estigma y monstruosidad del VIH/SIDA. *Opción*, 22, 9-28.

Rotheram- Borus, M.J., Rosario, M., Reid, H., & Koopman, C. (1995). Predicting patterns of sexual acts among homosexual and bisexual youths. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 588-595.

Rubiano Mesa, Y. L., & Saldarriaga Vélez, J.A. (2011). Jóvenes y VIH/SIDA: enfoques y perspectivas en investigación. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 76-80.

Wilson, P. A. & Yoshikawa, H. Experiences of and responses to social discrimination among Asian and Pacific Islander gay men: their relationship to HIV risk. 2004. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15058712>

Tratamiento para la adicción al cannabis y psicopatologías

Jordina Paula Ferro Cannito, Enrique Paredes Amonarraiz, Andrés Pérez Cutillas, Eduardo Mirambell Terol y Sara Molines Alcaraz.

RESUMEN

Este estudio medirá las psicopatologías pre y post tratamiento de Aproximación del Reforzamiento Comunitario (CRA) y comprobará si se reducen los síntomas psicopatológicos asociados al cannabis disminuyendo su consumo. A través del Proyecto hombre y/o UCA se seleccionarán 120 participantes (60 con tratamiento y 60 sin tratamiento), siguiendo unos criterios de inclusión y otros de exclusión. Finalizado el tratamiento, se recogerán los datos obtenidos procedentes de los autoinformes, analíticas y los resultados del SCL-90-R para su análisis. Finalmente se aplicará un programa de prevención de recaídas basado en los principales procesos la inducen. Los resultados demostrarán que si se reduce el consumo de cannabis, también se reducirán las psicopatologías.

INTRODUCCIÓN

El Plan Nacional sobre Drogas (2015), indica que el 9,2% de la población ha consumido cannabis en el último año, el 6,6% al menos una vez en los últimos 30 días y el 1,9% a diario. Por edades, la prevalencia del consumo en dichos periodos se concentra entre los 15 y los 34 años, con un pico máximo entre los 15 y los 24 años. En los últimos 12 meses 2 de cada 10 jóvenes de este último grupo de edad consumieron cannabis (27,2% chicos y 14,5% chicas). De 489 defunciones por reacción aguda a sustancias psicoactivas que se registraron durante el 2013, el 21,6% corresponde al cannabis, marcando una tendencia estable respecto a años anteriores.

Esta droga es conocida por predisponer a trastornos afectivos, motivacionales o psicóticos a los jóvenes. Hay pruebas claras del efecto patogénico que tiene en el cerebro en desarrollo y, estudios prospectivos longitudinales, indican que el consumo temprano es asociado con trastorno depresivo grave y trastorno de uso de sustancias (Chadwick, Miller y Hurd, 2013). La adolescencia es una etapa de máxima vulnerabilidad a trastornos mentales atribuibles al cannabis y, un consumo continuo del mismo, predice un resultado de tratamiento con menor éxito (Copeland, Rooke y Swift, 2013).

Una consecuencia del consumo habitual de cannabis es la de desarrollar psicosis, también llamada psicosis cannábica. Se encuentran multitud de estudios de revisión y evaluación sobre la correlación que hay entre el cannabis y la psicosis. Bromberg (1939) y Freedman y Rockmore (1946) son los primeros autores que llevan a cabo descripciones clínicas de los efectos provocados por la marihuana, considerando que sus efectos, más que producir psicosis, aumenta la posibilidad de agudizar la enfermedad latente que ya posee el consumidor. En 2005 se publicó un estudio longitudinal de 3 años de duración y con 535 pacientes diagnosticados con psicosis cannábica encontrando que casi el 50% de los pacientes presentaba un trastorno esquizofrénico. La ansiedad es otra consecuencia producida por el consumo habitual de cannabis. "Para diagnosticar un trastorno de ansiedad como inducido por el cannabis, los síntomas de ansiedad han de traspasar los límites normales de la fase de intoxicación o abstinencia" (De Irala, Gutiérrez-Rojas y Martínez González, 2006, p. 4). Existen estudios, transversales y longitudinales que corroboran estos síntomas y efectos negativos del cannabis para quien lo consuma, es más, se han descrito casos en los que un inicio precoz en el consumo, el riesgo de suicidio aumenta, sobre todo en las chicas (De Irala et al., 2006; Tziraki, 2012).

Por otro lado, la evidencia empírica ha encontrado una relación entre el consumo del cannabis y la probabilidad de desarrollar trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Diversas investigaciones indican que síntomas del TOC están relacionados con el uso del cannabis tanto en estudios epidemiológicos como clínicos (Crum y Anthony, 1993; Wallace, Martin y Park, 2007). Además, se ha observado como, un único consumo en adolescentes y adultos jóvenes, conlleva al inicio de nuevos síntomas. Inclusive la marihuana puede potenciar la ya existente vulnerabilidad, evidenciada por anteriores síntomas subclínicos e historial familiar, al TOC de un paciente. Así, se desaconseja el uso del cannabis en jóvenes con TOC o en riesgo de tenerlo (Williams y Ching, 2016). Respecto a la relación entre la depresión y el consumo de cannabis, se pudo observar con un “boom” de artículos que aseguraban que el uso de cannabis es “antidepresivo”; pero por otro lado, siguiendo posteriores estudios se puede asumir que las variables depresión y consumo de cannabis poseen una alta correlación. Green y Ritter (2000), describen que el riesgo de presentar depresión y el consumo de cannabis estaría asociado más al inicio precoz de consumo que a la dosis. Bricker et al. (2006), en una muestra compuesta por adultos (teniendo en cuenta el factor edad de inicio), detectan que, si el consumo es una frecuencia mayor que una vez al mes, sí existe una asociación positiva, con mayor presencia de síntomas depresivos entre los consumidores. Sin duda, hay factores que producen relación entre la depresión mientras se consume cannabis, como el factor sexo. Durdle, Lundahl, Johanson y Tancer (2007) estudiaron a un grupo de sujetos cuya principal droga de consumo es el MDMA (éxtasis), y encontraron que es el consumo de cannabis, y no el de MDMA, el que estaría asociado con depresión, pero sólo en las mujeres. Tras la revisión de los estudios previos, se considera el consumo de cannabis una gran problemática social. Con la intención de ampliar conocimientos en este ámbito, este estudio propone una línea experimental de abordaje relacionada con el consumo de cannabis y las psicopatologías asociadas.

OBJETIVOS

Pregunta problema:

¿Se reducirá los síntomas psicopatológicos al reducir el consumo de cannabis?

Objetivo general:

Conocer la relación entre la disminución del consumo de cannabis y las psicopatologías.

Objetivos específicos:

Conocer la relación entre la disminución del consumo de cannabis y psicosis.
Analizar la relación entre la disminución del consumo de cannabis y ansiedad.
Conocer la relación entre la disminución del consumo de cannabis y TOC.
Analizar la relación entre la disminución del consumo de cannabis y depresión.

Hipótesis:

Si se reduce el consumo de cannabis, entonces el nivel de psicosis se reducirá.
Si se reduce el consumo de cannabis, entonces el nivel de ansiedad se reducirá.
Si se reduce el consumo de cannabis, entonces la probabilidad de desarrollar trastorno obsesivo compulsivo se reducirá.
Si se reduce el consumo de cannabis, entonces el nivel de depresión se reducirá.

MÉTODO

Participantes

Se seleccionarán 120 participantes: 60 al que se le aplica un tratamiento (grupo experimental) y 60 sin tratamiento (grupo control).

Criterios de inclusión:

El participante puede ser hombre o mujer con una edad comprendida entre 25 y 40 años.
El participante debe proceder de la lista de espera de las siguientes organizaciones: Proyecto hombre (Instalaciones de Alicante) y/o UCAS (Alicante - DEP. 17 - STA. FAZ).
El participante debe dar su consentimiento firmado para realizar, si fuera necesario, entrevistas o cuestionarios a familiares y/o amigos del sujeto con el fin de obtener información provechosa para el estudio acerca del sujeto.
El participante debe haber obtenido una puntuación superior a la media en SCL-90-R antes del tratamiento.

Criterios de exclusión:

El participante no puede tener dependencia hacia otras sustancias psicoactivas.
El participante no puede consumir otras sustancias psicoactivas durante el estudio.
El participante no puede presentar ninguna otra psicopatología grave ni estar en el momento del estudio en tratamiento psiquiátrico.

VARIABLES e INSTRUMENTOS

Variable independiente: Compuesta por dos niveles, grupo control y grupo experimental. Este último recibirá el tratamiento con el programa terapéutico de

adaptación al CRA (Budney y Higgins, 1998), mientras que el grupo control se encontrará en lista de espera.

El procedimiento que se seguirá en este programa será el conseguido a través de la adaptación del programa de Aproximación del Reforzamiento Comunitario (CRA), al que se le añadirá una Terapia de incentivo.

La adaptación del programa CRA más terapia de incentivo constará de 52 sesiones que se desarrollarán a lo largo de 12 meses. Las sesiones tendrán una duración de 90 min y se realizarán de forma grupal debido al elevado número de participantes. El participante podrá acudir extraordinariamente a sesiones individuales para la resolución de conflictos específicos.

El objetivo fundamental de este será la abstinencia al cannabis. Se mantendrán las bases del programa original basándose en:

El análisis funcional del consumo de cannabis de cada participante.

La propuesta de unos objetivos bien especificados y unas estrategias prácticas para alcanzarlos, tales como la comunicación efectiva y el desarrollo de tareas prosociales.

Se prestará especial atención a la creación de comportamientos prosociales para sustituir las actividades ligadas al consumo de cannabis.

El módulo añadido de la terapia de incentivo consistirá en el refuerzo sistemático de la abstinencia al cannabis.

Se efectuarán análisis de orina a todos los participantes durante los dos meses iniciales, en el resto del tratamiento se realizará de forma aleatoria hasta su finalización. “El análisis de orina ha sido a través del tiempo el primero y más importante de los exámenes complementarios tenidos en cuenta para resolver los problemas médicos” (Laso, 2002, p. 179). En cuanto al procedimiento, previamente al análisis químico y microscópico se hace una observación de la muestra con luz natural y en un recipiente transparente, para realizar un diagnóstico presuntivo. En el análisis químico se utilizarán tiras reactivas como Labstix o Multistix, las cuales contienen diferentes reactivos, indicadores y buffers como por ejemplo ph, glucosa, hemoglobina, etc. Mediante los resultados obtenidos por estos, se premiarán los que resulten negativos con determinados vales que serán canjeados por incentivos. Estos premios estarán orientados a mejorar el estilo de vida del participante (actividades de tiempo libre, cursos de formación, suscripciones gratuitas a revistas locales etc.). Es importante destacar que estos vales en ningún caso serán canjeados por dinero en efectivo.

En cuanto al Programa de Prevención de Recaídas, constará de diversos inventarios en los que se recogerán datos fundamentales asociados a los procesos involucrados en la recaída al consumo. Tales como situaciones de consumo o recaídas anteriores y evaluaciones tanto, en estrategias en situaciones de riesgo como en expectativas de autoeficacia.

Variables dependientes:

-Psicosis: Se entiende, según el SCL-90-R, por síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. Los ítems que valoran la psicosis son: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 y 90.

-Ansiedad: Se entiende, según el SCL-90-R, la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos. Los ítems que valoran la ansiedad son: 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 y 86.

-TOC: Se entiende, según el SCL-90-R, como obsesiones y compulsiones los pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados. Los ítems que valoran las obsesiones y compulsiones son: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 y 65.

-Depresión: Se entiende, según el SCL-90-R, las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas. Los ítems que valoran la depresión son: 5, 14, 15, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 y 79.

El SCL-90-R (Derogatis, 1983), es un instrumento que permite evaluar síntomas psicológicos y psicopatológicos, su autor es Leonard R. Derogatis. Se realiza en un tiempo de doce a quince minutos y está indicado para individuos de trece años en adelante. Es efectivo tanto para población clínica como para población normal. Está compuesto por noventa ítems que evalúan los síntomas determinando su intensidad en una escala donde la ausencia es cero y la máxima es cuatro. Cuenta con: nueve dimensiones primarias, de las cuales utilizaremos, Obsesiones y compulsiones (OBS), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Psicoticismo (PSIC).

Tres índices globales de malestar psicológico: Índice global de gravedad (IGS), Índice positivo de malestar (PSDI), Total de síntomas positivos (TP).

Estos tres índices muestran aspectos diferenciales de los trastornos tras evaluarlos. Para la evaluación y la interpretación de este inventario se siguen las siguientes premisas: se calculan las puntuaciones obtenidas para cada una de las cuatro dimensiones y tres

índices, se suman los valores de cada ítems y el total se divide entre el número de ítems respondidos.

Las cuestiones tienen cinco posibilidades de respuesta, siendo: “nada, muy poco, poco, bastante o mucho”.

Esas puntuaciones se convierten en puntuaciones T (Media=50 y D.T.=10). Si la puntuación T es igual o superior a 65, se considera en riesgo. Si T es igual o superior a 80, indica la presencia de una patología grave.

VARIABLES EXTRAÑAS: variables como el sexo, edad y nivel educativo, serán controladas con la asignación aleatoria a los grupos experimental y control. También, se controlará el efecto de otras variables como por ejemplo el consumo de otras sustancias psicoactivas a través de la evaluación de los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Procedimiento

Fase de selección: Con la colaboración y consentimiento de Proyecto hombre y/o UCAS de Alicante, se seleccionarán 120 participantes de manera aleatoria (por orden alfabético) y siguiendo los criterios de inclusión. Se les informará de los objetivos del estudio y se les pedirá que firmen un consentimiento para participar.

Fase de evaluación pre-tratamiento: Los investigadores evaluarán en los centros de tratamiento a los participantes en una sesión de una hora. Será utilizado el SCL-90-R para medir la sintomatología psicopatológica.

Fase de intervención: Para dar comienzo a la intervención, los 120 sujetos serán divididos por orden alfabético en dos grupos con la misma cantidad de integrantes cada uno (grupo experimental y grupo control). El grupo control no recibirá ningún tipo de tratamiento, mientras que al grupo experimental se le aplicará la adaptación del programa CRA más terapia de incentivo. Éste será impartido en una sesión semanal de una hora y media, con una duración de doce meses. Durante el tratamiento se medirá el consumo de cannabis con una analítica de orina para la posible aplicación de la terapia de incentivo.

Evaluación post-tratamiento: Pasado un año y finalizado el tratamiento, se hará la evaluación del consumo del cannabis con analíticas de orina y de la sintomatología psicopatológica con el SCL-90-R, a ambos grupos. Es entonces cuando se ofrecerá al grupo control la posibilidad de recibir la intervención para reducir el consumo del cannabis.

Tipo de diseño y estudio

El estudio que se llevará a cabo corresponde a un estudio natural, experimental ya que se busca analizar causa-efecto del tratamiento sobre la psicopatología. Es de campo porque se realiza en el contexto natural de los sujetos. Por otro lado, para la realización del seguimiento del tratamiento, será utilizado un estudio longitudinal prospectivo ya que se investiga al mismo grupo en repetidas ocasiones a lo largo de un periodo de tiempo.

Análisis de los datos

Se recogerán los datos obtenidos, tanto del grupo experimental como del grupo de control, procedentes de las analíticas y los resultados del SCL-90-R para su análisis con el programa de estadística SPSS.

Se realizará una contrastación de medias con distribución t de student y un nivel de confianza del 95%. Para ello se efectuará un análisis intergrupar en el que se cotejarán los resultados de las muestras, entre el grupo de control y el experimental; también se ejecutará una comparación intragrupal en el grupo experimental, relacionando los resultados de la primera evaluación (pretratamiento), y del segundo (postratamiento).

RESULTADOS ESPERABLES

Si se llevase a cabo el estudio, se aceptaría que si se reduce el consumo de cannabis, también se reducirían las psicopatologías. Después de aplicar el tratamiento, se ratificaría la relación con el nivel de psicosis, puesto que se reducirían significativamente las alucinaciones y otros síntomas relacionados con la esquizofrenia y el uso de cannabis. Por otro lado, se corroboraría el vínculo entre el consumo de cannabis y la ansiedad, ya que los sujetos tendrían, tanto menos miedos irracionales como menos “mono”. En cuanto al trastorno obsesivo compulsivo, este poseería menor correlación aunque se seguiría describiendo, en parte, por la variable consumo de cannabis. En los resultados se observaría la disminución de pensamientos, impulsos y acciones relacionados con el síndrome clínico y enfocados al consumo de cannabis, por ejemplo, pensamientos repetitivos al fumar. Por último se observaría la reducción de síntomas del estado de ánimo disfórico y la falta de motivación, que precederían a la aceptación de la relación entre el consumo de cannabis y la depresión.

Con los resultados de la investigación se buscará animar a la reducción del consumo de cannabis, mejorando el estilo de vida de estos consumidores. También podrá ser útil para posteriores estudios sobre dependientes cannábicos, y asimismo se podrían incluir otras psicopatologías.

REFERENCIAS

- Annis, H. M. (1985). *Inventory of drug-taking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Bricker, J. B., Russo, J., Stein, M. B., Sherbourne, C., Craske M., Schaufnagel, T. J., Roy-Byrne, P. (2006). Does occasional cannabis use impact anxiety and depression treatment outcomes? Results from a randomized effectiveness trial. *Depression and anxiety, 24*, 392-398.
- Bromberg, W. (1939). Marihuana, a psychiatry study. *JAMA, 4*, 113.
- Budney, A. J. y Higgins, S. T. (1998). *A Community Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction*. Recuperado el 7 Febrero de 2006 desde <http://www.drugabuse.gov/TXManuals/CRA/CRA1.html>
- Chadwick, B., Miller, M.L., Hurd, Y. L. (2013). Cannabis use during adolescent development: Susceptibility to psychiatric illness. *Front Psychiatry, 4*, 129.
- Copeland, J., Rooke, S. y Swift, W. (2013). Changes in cannabis use among. Young people: impact on mental health. *Current opinion, 26*, 4.
- Crum, R. M., Anthony, J. C. (1993). Cocaine use and other suspected risk factors for obsessive compulsive disorder: a prospective study with data from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Drug Alcohol Depend, 31*, 281-295.
- De Irala, J., Gutiérrez Rojas, L. y Martínez González, M. A. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental de jóvenes consumidores: *Revista médica Universidad de Navarra, 50*, 1-10.
- Derogatis, L. R. (1983). SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures Manual-II. Towson, M. D.: *Clinical Psychometric Research, 11*, 33-47.
- Durde, H., Lundahl, L. H., Johanson, C. E., Tancer, M. (2007). Major depression: the relative contribution of gender, MDMA and cannabis use. *Depress Anxiety, 7*, 241-247.
- Freedman, H. L. y Rockmore, M. J. (1946). Marihuana: a factor in personality evaluation and Army maladjustment. *J. Cli Psychop, 7*, 772.

- Green, B. E., Ritter, C. (2000). Marijuana use and depression. *Journal of Health Social Behavior*, 41, 40-49.
- Laso, M. C. (2002). Interpretación del análisis de orina. *Pediatría Práctica*, 100, 179-183.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N. y Peleg, M. (1983). Implications for relapse prevention treatment. *British journal of addictions*, 78, 269-276.
- Plan Nacional sobre Drogas: Memoria 2014 (2015). Recuperado el 20 de enero de 2016 desde <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/docs/memo2014.pdf>
- Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionada con el uso crónico de cannabis: *Revista Neurolo*, 54, 750-760.
- Wallace, D., Martin, A. L., y Park, B. (2015). Cannabinoid hyperemesis: marijuana puts patients in hot water. *Australasian Psychiatry*, 15, 156-158.
- Williams, M. T., y Ching, T. H. (2016). Transgender Anxiety, Cultural Issues, and Cannabis in Obsessive-Compulsive Disorder. *AACE Clinical Case Reports*, 2(3), e276-e277.

Relación entre el bullying y el consumo excesivo de alcohol en la adolescencia.

David Sánchez Urbano

Jorge Soler Sola

Juan Isaac Torres Bujaldón

M^a del Pilar Pérez Salgado

RESUMEN

Este estudio mide el consumo de alcohol excesivo en adolescentes que cursaban de 2do a 4to de la ESO de los institutos “IES Jorge Juan”, “IES El Plà” y “Antonio José Cavanilles” de Alicante, relacionándolo con ser víctima de bullying o haber participado en alguna situación de agresión escolar y/o cibernética. Los estudiantes fueron evaluados en una única sesión, respondiendo cuestionarios acerca de conductas de bullying y agresiones y el consumo de alcohol de los participantes actualmente. Los resultados se analizarán y se espera demostrar una correlación directa positiva entre ambas variables, con un consumo de alcohol mayor si el alumno se ve involucrado en el bullying. El bullying representa un factor que puede presentarse de varias formas que amenazan contra la salud mental y física de los estudiantes, y que pueden ocasionar consecuencias graves en el adolescente. Siguiendo esta afirmación, el bullying entre estudiantes puede ser considerado como un factor de riesgo en el consumo elevado de bebidas alcohólicas.

INTRODUCCIÓN

El *bullying* es un término usado para referirse al acoso en un ámbito escolar, de manera constante, intencionada y que involucra a alguien que agrede, a una víctima agredida y a los testigos en general, en donde “no suele mediar provocación ni posibilidad de

respuesta” (Olweus, 1993). Usualmente, al hablar de bullying, las agresiones más comunes suelen ser verbales (más del 30% de las agresiones), aunque se pueden ver en menor porcentaje el aislamiento y exclusión social, violencia física o incluso el acoso sexual (AA. VV, 2000). El bullying se da sobre todo en instituciones de educación media y secundaria, que representan un medio en el cual el adolescente aprende a socializar, a adoptar la cultura y valores de un grupo (Ortega, 2002). Este aprendizaje se ve afectado por la violencia entre iguales, y que puede perjudicar tanto al agresor como a la víctima. Un porcentaje de este acoso que se da por medio virtual, conocido como *bullying cibernético*, consiste en usar las nuevas tecnologías como Internet y teléfonos móviles para llevar a cabo agresiones hacia compañeros de manera constante (Garaigordobil, 2012).

A pesar de que el consumo de drogas legales e ilegales adquiere un nivel importante y significativo durante la adolescencia, varios estudios también demuestran su relación con ser víctima o agresora de bullying. En investigaciones previas, se considera el acoso escolar como un factor de riesgo asociado a problemas psicológicos y de conducta (Pérez. et al, 2010) que superan el ambiente escolar. En una investigación realizada en Jaén, España, con estudiantes escolares y bachilleres usando el test AUDIT, se encontró que el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales se relaciona con una mayor apreciación de violencia, siendo la persona tanto agresor como víctima (Pérez. et al, 2010). Otro estudio realizado en Italia a estudiantes de educación media y secundaria, a los cuales se les aplicó cuestionarios sobre su participación en alguna conducta relacionada con el acoso escolar, mostraron que tanto niñas como niños víctimas o agresoras estaban en mayor riesgo para consumir bebidas alcohólicas de manera excesiva, además de otras sustancias como el tabaco, siendo el mayor riesgo para los que cometían los actos antisociales (Vieno, Gini & Santinello, 2011).

Contando con previas investigaciones, se entiende la importancia del rol que pueda tener una persona adolescente en conductas de bullying con el desarrollo de un consumo excesivo de alcohol no adecuado. Todos los estudios realizados se han enfocado en conductas y adicciones de una manera generalizada, y no hay estudios que consideren el alcohol de una manera específica. Por otro lado, no hay investigaciones que tengan en cuenta el bullying cibernético relacionado con este consumo, ni tomando por separado el bullying emocional o físico. El objetivo de este estudio es determinar la relación que existe entre el bullying y el consumo de alcohol excesivo en adolescentes en una muestra española, para así poder guiar la investigación a un punto específico y no

generalizado, tomando en cuenta agresiones que atentan contra la persona físicamente, emocionalmente y por medio del mundo cibernético. Además, se pretende llevar la investigación vinculando el consumo de alcohol con ser víctima directa del bullying en lugar de ser agresora principalmente, aunque de igual forma se tomarán datos tanto de víctimas como agresoras para poder llevar a cabo una comparación entre ambas.

OBJETIVOS

Pregunta problema

-¿Existe relación entre la presencia de bullying y el consumo excesivo de alcohol en la adolescencia?

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el bullying y el consumo excesivo de alcohol en la adolescencia (13-16 años).

Objetivos Específicos

- Determinar la relación que existe entre el bullying presencial físico y el consumo excesivo de alcohol durante la adolescencia.
- Determinar la relación que existe entre el bullying presencial emocional y el consumo excesivo de alcohol durante la adolescencia.
- Determinar la relación que existe entre el bullying cibernético físico y consumo excesivo de alcohol en la adolescencia.
- Determinar la relación que existe entre el bullying cibernético emocional y el consumo de alcohol en la adolescencia.

Hipótesis:

- Si el sujeto sufre de bullying presencial físico tendrá más posibilidades de un consumo excesivo de alcohol durante la adolescencia.
- Si el sujeto sufre de bullying presencial emocional tendrá más posibilidades de un consumo excesivo de alcohol durante la adolescencia.
- Si el sujeto sufre de bullying cibernético físico tendrá más posibilidades de un consumo excesivo de alcohol durante la adolescencia.
- Si el sujeto sufre de bullying cibernético emocional tendrá más posibilidades de un consumo excesivo de alcohol durante la adolescencia.

MÉTODO

Participantes

Los sujetos que serán escogidos para realizar el estudio serán 150 personas de ambos sexos y que cumplan los requisitos que se citarán a continuación:

-Serán personas que tengan una edad comprendida entre 13 y 16 años (ambos inclusive), que pertenezcan a los de cursos de entre 2 de ESO y 4 de ESO, de los institutos: ‘IES Jorge Juan’, ‘IES El Plà’ y ‘Antonio José Cavanilles’.

No se ha tomado ningún criterio de exclusión.

Variables e Instrumentos

-*Consumo excesivo de alcohol*: Se entiende como consumo excesivo de alcohol a una ingesta de bebidas alcohólicas por parte de los adolescentes que supere la puntuación 8 en el test AUDIT. Como cuestionario para medir el consumo de alcohol se utilizará el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para medir posibles trastornos relacionados con el consumo de alcohol y de riesgo (Babor, De la Fuente & Saunders, 1992). Este cuestionario consta de 3 ítems relacionados con consumo de riesgos, 3 ítems relacionados con síntomas de dependencia y 4 ítems relacionados con un consumo perjudicial de alcohol, siendo 10 ítems en total. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 40, siendo mayor la dependencia con una mayor puntuación. Un resultado mayor de 8 puede ser considerado como consumo de riesgo.

-*Bullying*: Se entiende por bullying al tipo de violencia persistente e intencionada que sufre el adolescente en su etapa escolar por parte de una persona o de un grupo. El bullying puede ser considerado emocional cuando usa medios verbales (p.e: insultos) o de exclusión social, y puede ser considerado físico cuando se involucran medios de agresión como golpes, empujones o robos.

También puede entenderse como bullying cibernético, cuando el acoso es por medio virtual y tecnológico, y que puede ser considerado como verbal, como insultos o amenazas, o físico, cuando el acoso lleva a la víctima a realizar actos en contra de su integridad personal, como autolesiones o incluso el suicidio.

Para medir el bullying, se realizará un primer cuestionario que se tendrá en cuenta como base para llevar a cabo el estudio de la correlación (Anexo 1).

En este cuestionario aparecerán ítems relacionados con la edad y curso académico. Además, el cuestionario se dividirá en dos partes, en la primera apareciendo 20 ítems con dos posibilidades de respuesta (sí/no) que registran si el sujeto considera si alguna vez ha sido víctima de bullying o si ha estado relacionado con él. La segunda parte consta de 7 ítems que miden la opinión del sujeto en escalas (Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, me es indiferente, de acuerdo, totalmente de acuerdo) con respecto a situaciones escolares de agresión.

-*Variables Extrañas*: La investigación se realizará tomando estrictamente la edad

comprendida entre los 13 y los 16 años, logrando que la muestra sea lo más homogénea y representativa posible.

Procedimiento:

Se comunicará al director y profesores de los institutos “IES Jorge Juan”, “IES El plà” y “Antonio José Cavanilles” de la elaboración del estudio de investigación y se les pedirá ayuda para dicho proyecto y la selección de los sujetos. Se les informará debidamente a los padres y/o representantes de los alumnos y se pedirá su debido consentimiento para la aplicación de los cuestionarios correspondientes. Se le facilitará a los sujetos la información sobre la finalidad de la prueba y su aprobación para tratar y analizar sus datos. Se seleccionarán los alumnos que estudien en dichos colegios y que cumplan con los requisitos anteriormente mencionados.

Los investigadores aplicarán a los alumnos el cuestionario de selección de bullying en el aula de clases, disponiendo de aproximadamente 20 minutos para la realización del mismo. Se aplicará seguidamente el cuestionario de consumo de alcohol (AUDIT), con un tiempo de realización estimado de 5 minutos. El tiempo total del procedimiento se estima en 25 minutos.

Tipo de diseño y estudio:

Se corresponde con un diseño correlacional y con un estudio transversal, ya que el estudio recoge información de dos variables, el consumo excesivo de alcohol y el bullying, y las relaciona sin buscar una causa-efecto mediante encuestas realizadas en un solo tiempo determinado. Se trata además de un estudio natural de campo al llevar a cabo la recopilación de datos en un área no modificada ni artificial.

Análisis de datos:

Los datos serán introducidos en el programa estadístico “SPSS” para realizar un primer análisis descriptivo de la muestra y obtener estadísticos de media, mediana, moda, varianza y en términos de frecuencias y porcentajes.

En segundo lugar se llevará a cabo un análisis comparativo de las medias usando el estadístico de contraste T-student con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

Si el sujeto recibe bullying tanto presencial como cibernético presentará un consumo de alcohol excesivo. De ser así, habrá que tener en cuenta que el trato que recibe el

alumno en la adolescencia puede provocar conductas de riesgo como el alcoholismo, ya sea tanto víctima, agresora o víctima-agresora.

El consumo de alcohol en adolescentes que sufren de bullying presencial físico y emocional aumentará debido a la vulnerabilidad emocional que ocasiona en el sujeto, llevándolo a presentar en la mayoría de los casos altos índices de ansiedad y/o depresión que pueden conducirlo a protegerse y refugiarse en el consumo de alcohol. En cuanto al bullying cibernético o *cyberbullying*, el riesgo de hacer un consumo de bebidas alcohólicas de manera excesiva aumentará si el acoso es de manera constante y más agresiva, sea de naturaleza física o emocional. El bullying por vías tecnológicas protege a los agresores de un enfrentamiento cara a cara y la víctima se ve más vulnerable sin contar con ayuda o protección de profesores o figuras de autoridad. Debido al uso cada vez más frecuente de redes sociales, la víctima se ve en mayor riesgo de sentirse indefensa, y por tanto, de presentar un consumo riesgoso de alcohol. Además, habrá que tener en cuenta que el bullying puede presentarse de muchas maneras que pueden generar un gran sufrimiento o discriminación para cada individuo. Así, los resultados arrojados por los datos en esta investigación esperan ser de ayuda en la identificación y en una intervención adecuada del bullying al conocer las posibles consecuencias que puede acarrear. También se espera que se tome este trabajo como base para futuras investigaciones. En ese caso, se recomienda que las variables se extiendan a otras clases de sustancias (marihuana, tabaco...) y a posibles conductas antisociales.

REFERENCIAS

- AA, VV. (2000). *Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Babor, TF., De La Fuente, J., Saunders J.B. (1992). *AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11, 233-254.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: what we know and what we can do*. Cambridge, MA: Blackwell.
- Ortega, R. (2002). Lo mejor y lo peor de las redes de iguales: juego, conflicto y violencia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 44, 93-113.

- Pérez et. al. (2010). Relación entre la violencia escolar y el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales durante la adolescencia. *Medicina de Familia. Andalucía*, 11, 20-28.
- Vieno, A., Gini, G., & Santinello, M. (2011). Different forms of bullying and their association to smoking and drinking behavior in Italian adolescents. *Journal of School Health*, 81, 393-399.

Estudio de la relación entre el consumo de cannabis y el trastorno bipolar

Vanessa Gramage Galiana

Antonio López Castillo

Héctor Martínez Manchón

Mercedes Segura Miquel

Nadine Hernández Gil

RESUMEN

El actual estudio tuvo como objetivo investigar hasta qué punto tiene el consumo de cannabis (hachís y marihuana) relación con la presencia de trastorno bipolar. La muestra recogida fueron 100 sujetos españoles (50 mujeres y 50 hombres) de la provincia de Alicante, que presentaron un trastorno bipolar diagnosticado en los últimos 6 meses y que consumían cannabis. Los participantes fueron evaluados en dos ocasiones con un período de 6 meses de diferencia. Los resultados demostraron que tanto aumentando la cantidad como la frecuencia de consumo aumentó la frecuencia de la fase maníaca y por lo tanto, la frecuencia de la fase depresiva disminuyó.

INTRODUCCIÓN

El consumo de cannabis en la actualidad ha aumentado su popularidad progresivamente año tras año. Puesto que, es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia en España y la que se consume en una edad más temprana, aproximadamente entre los 18 y 19 años. Según El Plan Nacional de Drogas en España (2015), los individuos que consumen cannabis a diario se corresponde a un 2,1% de la población española. Cabe destacar que, un 9,5% de la población española, es decir, 1 de cada 10 personas reconoce un consumo en el último año, mientras que el 7,3% de la población reconocen un consumo en el último mes. Es frecuente, que aquellos individuos que padecen un trastorno bipolar consuman de una manera habitual cannabis. La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2017), describe el trastorno bipolar como una alternancia de dos episodios: uno maníaco, caracterizado por, un estado de irritabilidad e hiperactividad y disminución del sueño etc., y otro depresivo, se caracteriza por, tristeza intensa, culpabilidad hacia sí mismo y en algunos casos tendencias suicidas. Ambos separados por períodos de estado de ánimo normal. Existen 3 variantes del trastorno: Trastorno bipolar I, Trastorno Bipolar II y Ciclotimia. Existe una relación demostrada entre los síntomas de este trastorno con un aumento de la frecuencia e intensidad del consumo de cannabis (Bally, Zullino y Aubry, 2014).

Por una parte, hay investigaciones que se centraron en estudiar si el abandono del cannabis durante un episodio maniaco-mixto puede mejorar los resultados clínicos-funcionales, cuyos resultados mostraron que pacientes que abandonan el consumo durante un episodio maniaco-mixto obtienen resultados funcionales y clínicos similares a aquellos pacientes que nunca han consumido, mientras que los pacientes que mantienen el consumo de cannabis presentan una mayor tasa de recurrencia y un peor funcionamiento psicosocial (Zorilla, López, López y González, 2016).

Otra investigación pretendió descifrar el vínculo existente entre el trastorno bipolar y el consumo de cannabis, concretamente, entre un 25% y 64% de los pacientes que presentaron el trastorno bipolar eran consumidores de esta sustancia, cuya prevalencia afectó principalmente a pacientes jóvenes, aumentando la tasa de recaídas de los episodios maníacos. El objetivo de este estudio fue establecer la posible relación del efecto del cannabis sobre la fase maníaca del trastorno bipolar. De esto se concluyó que el consumo de cannabis en personas que padecen el trastorno bipolar afecta considerablemente tanto la frecuencia como la duración de la fase maníaca (Kazour et al., 2011)

Por otra parte, hay otras investigaciones que se centraron en demostrar la relación existente entre el consumo de cannabis e individuos que padecen trastorno bipolar, aumentando el efecto de sus síntomas y desencadenando en la psicosis y otras psicopatologías. Prueba de ello, es un estudio en el que se confirmó que el consumo de cannabis incrementa los intentos de suicidio cuando el individuo se encuentra en el episodio maniaco-mixto (Agrawal, Nurnberger y Lynskey, 2010). Reforzando la relación anterior, existe otra investigación cuyo principal propósito era vincular el consumo de cannabis con el inicio de la fase maníaca en el trastorno bipolar. Sus resultados demostraron que el consumo de cannabis se asocia con el inicio de una primera manía y episodios depresivos o maníacos en una etapa más temprana. Del mismo modo, el consumo de cannabis se relacionó con un mayor riesgo en los ciclos rápidos o episodios mixtos (Bally, Zullino y Aubry, 2014).

Las diversas investigaciones realizadas acerca de la influencia que ejerce el consumo cannabis sobre individuos que poseen trastorno bipolar pretenden evidenciar si existe una exacerbación entre sus diferentes síntomas. Por este principal motivo, se realizará esta investigación debido a que no hay una gran cantidad de estudios en la población española que hagan hincapié en esa exaltación de sus síntomas.

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Existe relación entre el consumo de cannabis y el trastorno bipolar?

Objetivo general

Analizar la relación entre el consumo de cannabis y el trastorno bipolar.

Objetivos específicos

- Estudiar la relación entre la cantidad de consumo de hachís con la presencia de fase maníaca
- Estudiar la relación entre la cantidad de consumo de marihuana con la presencia de fase maníaca
- Analizar la relación entre la cantidad de consumo de hachís con la presencia de fase depresiva
- Analizar la relación entre la cantidad de consumo de marihuana con la presencia de fase depresiva
- Describir la relación entre la frecuencia de consumo de hachís con la presencia de fase maníaca

- Describir la relación entre la frecuencia de consumo de marihuana con la presencia de fase maníaca
- Examinar la relación entre la frecuencia de consumo de hachís con la presencia de fase depresiva
- Examinar la relación entre la frecuencia de consumo de marihuana con la presencia de fase depresiva

Hipótesis

- Si aumenta la cantidad de consumo de hachís, aumentará la probabilidad de que se manifieste una fase maníaca
- Si aumenta la cantidad de consumo de marihuana, aumentará la probabilidad de que se manifieste una fase maníaca
- Si aumenta la cantidad de consumo de hachís, disminuirá la probabilidad de que se manifieste una fase depresiva
- Si aumenta la cantidad de consumo de marihuana, disminuirá la probabilidad de que se manifieste una fase depresiva
- Si aumenta la frecuencia de consumo de hachís, aumentará la posibilidad de que se manifieste una fase maníaca
- Si aumenta la frecuencia de consumo de marihuana, aumentará la posibilidad de que se manifieste una fase maníaca
- Si aumenta la frecuencia de consumo de hachís, disminuirá la posibilidad de que se manifieste una fase depresiva
- Si aumenta la frecuencia de consumo de marihuana, disminuirá la posibilidad de que se manifieste una fase depresiva

MÉTODO

Participantes

La muestra seleccionada constará de 100 sujetos de una edad comprendida entre 18 y 30 años de la provincia de Alicante procedentes de un centro de salud mental, 50 de los cuales serán hombres y los otros 50 serán mujeres. Se elegirán al azar mediante un proceso de selección en el cual el cuarto número del documento nacional de identidad, tendrá que ser específicamente un número par.

Referido a los criterios de inclusión, los participantes tendrán que acreditar un documento que verifica la presencia del trastorno y a la vez que sea consumidor de cannabis. Además, se cogerá a gente que se la cabe de diagnosticar el trastorno en los

últimos 6 meses. En cuanto a los criterios de exclusión, se tendrán en cuenta los participantes que tengan algún otro tipo de trastorno aparte del nombrado, así como aquellos que consuman drogas (esto incluirá tanto la legal como la ilegal, a excepción del cannabis).

Variables e instrumentos

-Fases del trastorno bipolar:

-Fase depresiva: Se entiende por fase depresiva cuando el profesional de la salud mental identifique que el sujeto presenta un fuerte sentimiento de depresión y permanece durante un período de tiempo más prolongado.

-Fase maníaca: Se entiende por fase maníaca cuando el profesional de la salud mental identifique que el sujeto presenta un sentimiento extremo de bienestar, energía, optimismo, etc.

Con la finalidad de medir si el paciente se encuentra dentro de una fase u otra se procederá a pedir un informe realizado por su psiquiatra dentro del centro de salud mental de Alicante.

-Consumo de cannabis:

-Frecuencia de consumo: Se entiende por frecuencia el número de veces que se consume dicha sustancia dentro de un período de tiempo establecido, 6 meses aproximadamente.

-Cantidad de consumo: Se entiende por cantidad el número de “porros” que se fuma una persona dentro de un período de tiempo establecido, 6 meses aproximadamente.

-Tipos de cannabis: Hachís y marihuana.

Para medir la cantidad de consumo y frecuencia de consumo de cannabis se realizará un cuestionario específico para esta investigación que constará de 6 ítems, con respuestas abiertas (ver Anexo I).

Procedimiento

Para elaborar el presente estudio, los miembros del grupo encargados de realizar el procedimiento deberán ir al Centro de Salud Mental de la provincia de Alicante. Una vez allí, se reunirán con el director del centro y solicitarán permiso para ser llevado a cabo dicho estudio.

Posteriormente, se realizará una primera evaluación en la que se buscarán pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, informándoles en qué consiste el estudio, instrucciones y sus objetivos. Además, se le informará al sujeto que el estudio se realizará en el mismo Centro de Salud Mental, que lo llevarán a cabo los investigadores de dicho estudio y que tardarán unos 20 minutos aproximadamente para rellenar los cuestionarios. También se les informará a los profesionales de la salud mental de todo el proceso que se realizará durante el estudio con los pacientes.

Seguidamente, en un período de seis meses, volviendo a contactar con los mismos sujetos, se les volverá a realizar una segunda evaluación midiendo las mismas variables de la evaluación inicial reflejando que se procederá a realizar la misma evaluación de variables.

Este tipo de estudio siempre tendrá variables extrañas por lo tanto, se procederá a escoger una muestra aleatoria, con el fin de que sea lo más homogénea posible en términos de edad.

Tipo de estudio y diseño

Este estudio será de tipo correlacional debido a que no se busca causa-efecto, se relaciona el consumo de cannabis con la presencia del trastorno bipolar y puesto que no se modificará ninguna variable en ambiente natural.

Simultáneamente, el estudio será longitudinal puesto que se realizará varias veces en el tiempo, exactamente dos veces, una en el presente y otra transcurridos seis meses de tratamiento, para observar la evolución o retroceso de la muestra.

Análisis de los datos

Tras haber concluido con el estudio, se realizará un análisis de todos los datos obtenidos a través del programa SPSS. Este apartado servirá para recopilar y ordenar los datos y las puntuaciones que se han recogido de las diferentes pruebas.

Asimismo, las tablas y los gráficos ayudarían a realizar un análisis descriptivo de las variables. Una vez extraídas las medias de las puntuaciones obtenidas en cada sujeto y su posterior comparación, no sólo de las propias medias del sujeto antes y después de la investigación, sino también las diferencias entre las puntuaciones de diferentes sujetos, ayudará a reafirmar los resultados esperables. Se empleará la distribución T-Student, debido a que es utilizada para muestras pequeñas, además también será necesario utilizar un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

En primer lugar, se espera que los sujetos que aumentan la cantidad de consumo de hachís manifiesten la fase maníaca, debido a que el consumo de esta sustancia produce un estado de euforia y, en ocasiones, paranoia y brotes psicóticos, de esta manera, una persona que entra en esta fase sufre delirios y una ruptura de la realidad con diversas alucinaciones. Actuando de la misma manera que si hubiera un aumento en el consumo de marihuana.

Del mismo modo, un aumento en la cantidad de consumo de marihuana también produce que el sujeto manifieste la fase maníaca, como consecuencia de los efectos producidos por la sustancia, actuando de la misma manera que si hubiera un aumento en el consumo de hachís.

Por el contrario, un aumento en la cantidad del consumo de hachís, disminuye la fase depresiva, ya que esta sustancia puede desencadenar episodios de agresividad, teniendo así ímpetu por atacar. Actuando de la misma manera que si hubiera un aumento en el consumo de marihuana.

Además, un aumento en la cantidad del consumo de marihuana, disminuye la fase depresiva, en consecuencia a dicho estado de agresividad y euforia, en los cuales se sufren delirios y ganas por atacar, actuando de la misma manera que si hubiera un aumento en el consumo de hachís.

En segundo lugar, si aumenta la frecuencia de consumo de hachís aumenta una fase maníaca, ya que se trata de una droga estimulante, la cual produce una activación en zonas específicas del sistema nervioso; receptores CB1 y áreas mesolímbicas. Actuando de la misma manera que si hubiera un aumento en el consumo de marihuana.

De la misma manera, un aumento en la frecuencia de consumo de marihuana da fuerza a la fase maníaca, debido a los efectos producidos por dicha sustancia, que es una sustancia estimulante. Actuando de la misma manera que si hubiera un aumento en el consumo de hachís.

No obstante, el aumento en la frecuencia de consumo de hachís disminuirá la fase depresiva, ya que la sustancia origina episodios de agresividad, ya explicado anteriormente. Por lo tanto, los efectos serían similares al aumento en el consumo de marihuana.

Asimismo, si aumenta la frecuencia de consumo de marihuana disminuirá la fase depresiva como resultado de dicho estado de agresividad y euforia, actuando de la misma manera que si hubiera un aumento en el consumo de hachís.

REFERENCIAS

- Adam, A. (2016). Un caso de patología dual: Trastorno Bipolar y abuso de cannabis. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, 20, 69-73
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bally, N., Zullino, D. & Aubry, J. (2014). Cannabis use and first manic episode. *Journal of Affective Disorders*, 165, 103-108.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2015). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado el 8 de enero de 2018 desde http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES__Informe_.pdf
- Kazaour, F., Rouhayem, J., Chammay, R., Haddad, R., Haddad, G., Laqueille, X. y Richa, S. (2011). *Cannabis et trouble bipolaire: Recherche d'une association à partir d'une revue de la littérature* *PsycINFO*, 169, 277-281.
- Lev-Ran, S., Le Foll, B., McKenzie, K., George, T.P. & Rehm, J. (2013). *Bipolar disorder and co-occurring cannabis use disorders: Characteristics, comorbidities and clinical correlates*. *Psychiatry Research*, 209, 459–465.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Trastornos Mentales*. Recuperado el 8 de enero de 2018 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Zorrilla, I., López, P., López, S. y González, A. (2016). El consumo de cannabis y el trastorno bipolar ¿incompatibles?. *eldiario*. Recuperado el 11 de enero de 2018

Factores de riesgo en la niñez indicadores del desarrollo de una psicopatía en la adolescencia

Alba María Penalva Mollá

Alicia González Masegosa

Andrea Giner Gomariz

María Holgado Miralles

Yasmine Guilabert Martínez

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo comprobar la relación que guardan las conductas y experiencias vividas en la infancia con el desarrollo de una psicopatía en la adolescencia. Para llevarlo a cabo, se ha seleccionado una muestra de 100 participantes con edades comprendidas entre los 12 y los 14 años, que actualmente se encuentran en un centro de menores en la provincia de Alicante. A través de cuestionarios y entrevistas, se han recogido los datos y la información necesaria para determinar la influencia que tiene cada una de las variables. Los resultados obtenidos muestran que el maltrato físico, el maltrato psicológico y el abuso sexual sufridos durante la infancia, así como el aislamiento social voluntario y las conductas crueles y violentas hacia los animales, favorecen o aumentan la probabilidad para el desarrollo de una psicopatía durante la adolescencia.

INTRODUCCIÓN

La delincuencia en menores en España es, sin lugar a dudas, uno de los fenómenos sociales más importantes planteados en la actualidad. La tasa de delincuencia de menores en 2017 ha sido de 12.928, perteneciendo el 10.346 de la total a varones. En cuanto a las comunidades autónomas, la Comunidad Valenciana ocupa el segundo lugar de mayor delincuencia de menores, con una tasa del 11.1. (Rechea, 1995).

Según un estudio realizado en Alicante se comprobó la gran incidencia que tiene la delincuencia en chicos, en este caso correspondía a un 80% de la muestra frente a solo un 20% en chicas (Rutter, Giller, & Hegell, 2000). Esta tendencia delictiva en hombres también se confirma a través de otros estudios, como el realizado en la Comunidad de Madrid donde un 83.2% eran varones frente a un 16.8% que eran mujeres (Graña, Garrido, & González, 2007) y como en otro estudio realizado en la Comunidad de Murcia en el que un 93.7% eran hombres y tan sólo un 6.3% eran mujeres. Además, se han realizado estudios sobre los diferentes factores que influyen en la delincuencia en menores, concluyendo así que la permanencia en la escuela es uno de los principales protectores del desarrollo del comportamiento, dado que el 66% de los jóvenes había abandonado los estudios en una etapa temprana. La estructura familiar también es un factor importante, ya que un 40% de los jóvenes vivía sólo con un progenitor y la pareja de este, y además, un 68% de los casos eran familias numerosas. Por último, también se determinó que el consumo de alcohol y drogas es otro factor importante en la delincuencia, dado que un 51% de los jóvenes señaló haberlos consumido de forma habitual antes de los 14 años (Hein, Blanco, & Mertz, 2004).

Otro factor importante descubierto en un estudio en Málaga es la psicopatía. En este estudio se evaluaron una serie de presos que estaban internados por delitos violentos y se les comparó con un grupo normativo. A través de este estudio se concluyó que aquellos presos que habían cometido delitos violentos tenían problemas en cuanto a su adaptación social y tenían un menor bienestar personal. (Ortiz-Tallo, Fierro, Blanca, Cardenal & Sánchez, 2006).

Actualmente existen pocas investigaciones sobre la violencia infantil hacia animales. Sin embargo, una de ellas comparó una muestra de niños de una clínica de salud mental con una muestra no clínica, y determinó que la violencia con animales en el grupo de niños de la clínica ascendía hasta a un 25% frente al 5% del grupo no clínico (Ascione, 1993). A través de los resultados de otro estudio similar, se confirmó que un tercio de la

muestra clínica presentaba violencia hacia los animales frente a un 1% de la muestra no clínica. (Luk et al 1999).

Teniendo en cuenta los estudios existentes y las influencias familiares y sociales en algunas de las variables que están relacionadas con la psicopatía en menores, se puede afirmar que no se han realizado suficientes estudios sobre la psicopatía infantil y sobre la importancia de tratarla y prevenirla en ambientes en los que se pueda ver favorecido el desencadenamiento de ciertas conductas de relacionadas con este trastorno durante la infancia. Debido a que se han encontrado pocas investigaciones en la región española en comparación con otros países o estados, el objetivo de este estudio es analizar las relaciones que hay entre los factores de riesgo para que un niño desarrolle una psicopatía en la adolescencia.

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Qué conductas/factores en la niñez son indicadores del desarrollo de una psicopatía en la adolescencia?

Objetivo general

Analizar las conductas o factores en la niñez que son indicadores del desarrollo de una psicopatía en la adolescencia.

Objetivos específicos

- Estudiar la relación entre haber sufrido abusos sexuales durante la niñez y desarrollar una psicopatía en la adolescencia.
- Estudiar la relación entre haber sufrido maltrato físico durante la niñez y desarrollar una psicopatía en la adolescencia.
- Estudiar la relación entre haber sufrido maltrato emocional durante la niñez y desarrollar una psicopatía en la adolescencia.
- Estudiar la relación entre el aislamiento social voluntario durante la niñez y desarrollar una psicopatía en la adolescencia.
- Estudiar la relación entre haber maltratado animales durante la niñez y el desarrollo de una psicopatía en la adolescencia.

Hipótesis

- Si las personas han sufrido abusos sexuales durante la niñez aumentará la probabilidad de desarrollar una psicopatía en la adolescencia.

- Si las personas han sufrido maltrato físico durante la niñez aumentará la probabilidad de desarrollar una psicopatía en la adolescencia.
- Si las personas han sufrido maltrato emocional durante la niñez aumentará la probabilidad de desarrollar una psicopatía en la adolescencia.
- Si las personas se han aislado socialmente de manera voluntaria durante la niñez aumentará la probabilidad de desarrollar una psicopatía en la adolescencia.
- Si las personas han maltratado animales durante la niñez aumentará la probabilidad de desarrollar una psicopatía en la adolescencia.

MÉTODO

Participantes

Para la realización del estudio se seleccionará una muestra compuesta por un total de 100 adolescentes varones, con edades comprendidas entre 12 y 14 años. Todos ellos tendrán que estar internados en el centro de menores de la provincia de Alicante “Els Reiets”. Serán excluidos del estudio aquellos participantes que presenten algún tipo de trastorno mental que les impida realizar las pruebas.

Variables e instrumentos

- Psicopatía: Se refiere a que el sujeto esté diagnosticado de un trastorno de la personalidad que se caracteriza por la falta de emociones como la culpa o empatía, problemas de conducta antisocial, impulsividad, ausencia de control, conductas delictivas y el uso excesivo de mentiras y manipulaciones, entre otros. Para medir esta variable se limitará a pedir los informes psicológicos de los participantes al centro de menores “Els Reiets”.
- Tipos de maltrato (físico, emocional y abuso sexual):
 - Maltrato físico: Se refiere a que el sujeto afirme que ha sufrido cualquier acto no accidental que le provoque daños físicos como golpes, mordeduras, palizas, estrangulaciones, patadas, quemaduras, etc. Se medirá con una entrevista de 4 ítems de respuesta dicotómica (Sí/No). (Ver Anexo 1)
 - Maltrato emocional: Hace referencia a que el sujeto confirma haber sufrido determinadas conductas que pueden alterar su desarrollo cognoscitivo y psicosocial, tales como humillaciones, insultos, desprecios, críticas, aislamiento, falta de apoyo emocional, desatención

- de sus necesidades educacionales o médicas, etc. Se medirá con una entrevista de 4 ítems de respuesta dicotómica (Sí/No). (Ver Anexo 1)
- Abuso sexual: Se entiende por este término que el sujeto afirme haber sufrido cualquier tipo de actividad sexual en contra de su voluntad y por parte de un adulto, así como caricias con propósitos sexuales, penetración anal u oral, proposiciones verbales explícitas, etc. Se medirá con una entrevista de 4 ítems de respuesta dicotómica (Sí/No). (Ver Anexo 1)
 - Aislamiento social voluntario: Hace referencia a que el sujeto haya evitado de forma voluntaria todo tipo de relaciones y actividades sociales, así como las relaciones familiares, con amigos y con compañeros de la escuela, o lugares en los que es necesaria la interacción con otras personas. Se evaluará el aislamiento social voluntario en la infancia a través de un cuestionario de 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta (“nunca”, “alguna vez”, “muchas veces” y “siempre”), dirigido a adolescentes pertenecientes al rango de edad entre 12 y 14 años. La forma de puntuar cada criterio será de 0 a 3 en función de si el ítem descrito no es aplicable para el sujeto (0), es aplicable en cierta medida (1), es bastante aplicable (2) o es totalmente aplicable (3). Se medirán características antisociales, afectivas, de autoestima, interpersonales e intrapersonales. (Ver Anexo 1)
 - Maltrato animal: Hace referencia a los golpes, quemaduras, muertes, estrangulaciones o necesidades básicas que hayan sido desatendidas por parte del sujeto hacia los animales, y que les hayan provocado daño y sufrimiento. Para medir el maltrato maltrato hacia animales en la infancia se realizará otro cuestionario con 10 ítems y tres alternativas de respuesta (“sí”, “a veces” y “no”), referido a si ha presentado esta conducta, si la ha realizado alguna vez o no la ha tenido nunca. Esta vez, la forma de puntuar variará de 0 a 2 en función de que no haya realizado el ítem propuesto (0), lo haya ejecutado alguna vez (1), y si sí lo hubiese producido (2). Las características medidas aquí serán la empatía, la agresividad y la variabilidad de emociones.
 - Variables extrañas: Para evitar el efecto de variables extrañas se seleccionará una muestra lo más homogénea posible en términos de nivel educativo, socioeconómico y cultural.

Procedimiento

En primer lugar, se irá al centro de menores de la provincia de Alicante “Els Reiets”. Una vez allí, se solicitará el permiso para poder realizar el estudio y para poder obtener los expedientes de los participantes y para ello, se explicará a los encargados del centro cuál es el objetivo de la investigación, su procedimiento y cómo se llevará a cabo. Una vez obtenida la aprobación, comenzará la selección de los 100 participantes atendiendo a los criterios mencionados anteriormente, tanto los de inclusión como los de exclusión. A los participantes aptos para la investigación, en primer lugar, se les pedirá un consentimiento escrito y se les informará sobre el procedimiento, la confidencialidad y anonimato de todos los datos obtenidos. Una vez estos den su aprobación, se dará la información necesaria a los padres de los participantes debido a su minoría de edad. (Ver anexo 2)

La investigación se llevará a cabo en el centro, a lo largo de cinco días laborales y con un horario de 9h a 13h, la intervención por participante será de 20 minutos. A los participantes se les realizarán dos cuestionarios escritos sobre las variables de aislamiento social y maltrato, la obtención de datos del resto de las variables será a través de entrevistas (excepto la variable psicopatía). Este proceso se llevará a cabo por parte de los psicólogos encargados de la investigación.

Tipo de diseño y estudio

Respecto al diseño de la investigación, se trata de un método correlacional, ya que el objetivo principal se basa en la comparación y relación de variables, por tanto, no pretende establecer relaciones de causalidad.

Además, consiste en un estudio transversal, debido a que se medirán las variables una sola vez y en un momento concreto. Por último, es un estudio de campo, ya que se llevará a cabo sin alterar el ambiente natural de todos los participantes.

Análisis de los datos

Para realizar el análisis de datos se utilizará el programa SPSS. En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de las variables. En el caso de las variables cuantitativas continuas se utilizará la media y la desviación típica, y para las variables cualitativas se emplearán los porcentajes o frecuencias. Por otra parte, la correlación de Pearson estudiará la relación entre las variables con un intervalo de confianza del 95% y la T-student comparará los grupos.

RESULTADOS ESPERABLES

En base a las hipótesis anteriormente planteadas, se esperarán los siguientes resultados:

En primer lugar, aumentará la probabilidad de desarrollar una psicopatía en la adolescencia en aquellos niños que hayan sufrido abusos sexuales, y además, *el riesgo* aumentará si estos abusos han sido realizados por parte de familiares. Esto se debe a que, por lo general, cuando el abuso tiene lugar en un ámbito privado y por parte de familiares, suele ser más prolongado en el tiempo, y por tanto, las secuelas a nivel psicológico se agravan, es común que el niño desarrolle problemas para socializar, tenga fracaso escolar y además desarrolle a largo plazo un control inadecuado de la ira, el cual exterioriza en forma de violencia.

En segundo lugar, haber sufrido maltrato físico durante la niñez aumentará la probabilidad de desarrollar una psicopatía en la adolescencia, pero esta variable adquirirá mayor relevancia si ha sido llevada a cabo por los familiares directos del niño, ya que las repercusiones a nivel cognitivo y psicológico son mayores a causa de que estos actos son más continuos, y por lo general, van aumentando el nivel de gravedad con el paso del tiempo. Como consecuencia, los niños interiorizan estos modelos de comportamiento violentos, y acaban desarrollando problemas de conducta como delincuencia, consumo de drogas, agresiones y crueldad con los animales.

Continuando con el resto de variables, en referencia a aquellos niños que han sufrido maltrato a nivel emocional, la probabilidad de desarrollar una psicopatía en la adolescencia será mayor, sin embargo, habrá que tener en cuenta el nivel de gravedad que haya obtenido este maltrato, así como la frecuencia, de nuevo, las secuelas pueden ser más severas si este maltrato ha sido llevado a cabo por parte de sus familiares, debido a que si tiene lugar en el hogar, el maltrato se presenta de forma diaria y continua y esto puede agravar y alargar las secuelas, que por lo general, son niños con baja autoestima, dificultades para socializar e incluso incapacidad para expresar sus sentimientos y emociones.

Por otro lado, en lo referente al aislamiento social durante la niñez, aumentará la probabilidad de desarrollar una psicopatía en la adolescencia, sin embargo, esta variable no suele presentarse de manera individual, si no que, por lo general, este aislamiento tiene lugar a modo de consecuencia por sufrir algún tipo de maltrato o abuso.

En cuanto a la violencia o daños realizados a animales por parte de los niños, es una conducta que podría ser indicadora del desarrollo de una psicopatía en la adolescencia,

ya que estos niños muestran altos niveles de violencia y agresividad, disfrute por el sufrimiento ajeno y apatía.

Por tanto, se podría decir, que a rasgos generales, todos aquellos abusos o experiencias traumáticas vividas durante la niñez serán un factor de riesgo para el desarrollo de una psicopatía, y proporcionarán una probabilidad mayor en comparación a aquellos niños que no han sufrido ninguna de estas situaciones. Sin embargo, el riesgo será todavía mayor, si estos daños han sido llevados a cabo por parte de familiares, en el hogar y de manera continuada. Así como, la presencia de indiferencia ante el sufrimiento animal puede ser un claro indicador y predictor del futuro desarrollo de una psicopatía.

Referencias

Rechea, C. (1995). *La delincuencia juvenil en España: autoinforme de los jóvenes*. Ministerio de Justicia.

Hein, A., Blanco, J., & Mertz, C. (2004). Factores de riesgo y delincuencia juvenil: revisión de la literatura nacional e internacional. *Santiago de Chile: Fundación paz ciudadana*.

Romero, E. (2001). El constructo psicopatía en la infancia y la adolescencia: del trastorno de conducta a la personalidad antisocial. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 32(3), 25-49.

López Miguel, M. J., & Núñez Gaitán, M. D. C. (2009). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica (REIC)*, (7, Artículo 1), 1-17.

Pozueco Romero, J. M., Romero Guillena, S. L., & Casas Barquero, N. (2011). Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte I). *Cuadernos de Medicina Forense*, 17(3), 123-136.

Ortiz-Tallo, M., & Fierro, A., & Blanca, M., & Cardenal, V., & Sánchez, L. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema*, 18 (3), 459-464.

Factores de riesgo que llevan a un psicópata a cometer asesinato

Marina Bas Fernández

Ignacio Carrasco Zamora

Coral Cortés Pérez

Lucas Bodoque López

Mariano Valdés Rodríguez

RESUMEN

El objetivo de este estudio es el análisis de aquellos factores que aumentan la probabilidad de que una persona que presenta una psicopatía pueda llegar a cometer asesinato. Para ello, una vez presentadas las definiciones de dichos riesgos serán visitados distintos centros penitenciarios, los de Fontcalent y Villena, con el objetivo de recopilar información que muestre características que marquen la diferencia entre aquellos psicópatas que llegaron a cometer asesinato y los que no. Dicha información será recogida mediante autoinformes y entrevistas que se les realizarán a los presos, los cuales deberán ser varones heterosexuales mayores de edad. Más tarde, los resultados serán codificados y analizados mediante el programa informático estadístico “IBM SPSS Statistics 18” con el que se confirmará que la participación en ritos satánicos, el maltrato de animales en la infancia, y la represión sexual son factores de riesgo que aumentan la probabilidad en los psicópatas de cometer asesinato. Además, se demostrará que aquellos psicópatas que han cometido asesinato no suelen reconocer haber cometido el delito.

INTRODUCCIÓN

Durante años el concepto psicopatía ha constituido el eje central de un debate en la comunidad científica. Mientras el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* (APA, 2014) lo comprende como un trastorno asocial, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (OMS, 2018) opta por definirlo como un trastorno disocial.

Con el fin de confeccionar una definición Robert D. Hare recogió conceptos de ambas posturas y llegó a la conclusión de que la psicopatía es un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas relacionados caracterizados por ciertas conductas y rasgos específicos. Hare dividió estos síntomas en emocionales y/o interpersonales y síntomas de desviación social. Además, por tal de realizar un diagnóstico de psicopatía, a partir de la definición ya establecida, en 1970 creó el Hare's Psychopathy Checklist (PCL), y su versión revisada (PCL-R), que evalúa la presencia de psicopatía en prisión (Hare, 1991; 2003).

Existen también diferencias a la hora de establecer las causas del desarrollo de la psicopatía, generadas por el clásico debate ambiente-herencia. Algunos estudios, Buss (2009); Glenn, Kurzban y Raine (2011) defienden que la psicopatía se desarrolla como modo de adaptación al medio social donde ciertos rasgos psicopáticos pueden ser beneficiosos para la supervivencia y el alcance del éxito. Mientras que otros como Colledge y Blair (2001) o Garrido (2009) se posicionan en el lado opuesto considerando como causante principal de la psicopatía a una mutación genética que genera anomalías en el desarrollo neurológico.

En cuanto a los factores de riesgo del desarrollo de la psicopatía que se rigen por las causas ambientales se encuentran entre otros la falta de apego, el poder o el nivel económico. Durante la infancia, la falta de apego es un importante factor de riesgo que podría llegar a ocasionar una falta de empatía, conductas violentas e incluso tendencias criminales características de los psicópatas. Como expone Moen (2017), una de las principales causas de esta falta de apego es el modelo educativo, principalmente el estilo de crianza autoritario caracterizado por normas estrictas y falta de libertad y derechos. Ésta será también una de las causas de la represión sexual que se expone en este estudio.

El poder también ha sido considerado como un factor de riesgo en la psicopatía como se muestra Estrada Loyo (2012), convirtiendo a las personas más poderosas o

pertenecientes a las élites en individuos poco empáticos, egoístas y fríos. En el caso de la política, en muchas ocasiones se actúa más bien por el beneficio propio que por el de la sociedad, en el ámbito empresarial se encuentran casos de explotación del trabajador o situaciones de precariedad.

Asociado a este último factor se encuentra el nivel económico. Tras un análisis factorial algunos estudios expuestos por R. Arce (2012) concluyeron que sí que había relación entre los ingresos económicos y la psicopatía mostrando que aquellos participantes cuya fuente de ingresos era baja presentaban una mayor posibilidad de desarrollar psicopatía.

Otros estudios se centran más en el análisis de la causa genética o biológica del desarrollo de la psicopatía. En investigaciones como la de Mariño Lourenço (2015) aparecen como factores de riesgo el trastorno de personalidad, el cual suele estar presente en la mayoría de psicópatas que cometen asesinato, y el déficit en la función ejecutiva, encargada del control de las emociones y los pensamientos. En uno de estos estudios, Colledge & Blair (2001), se contrastó la correlación entre Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y psicopatía en jóvenes.

Para finalizar, tras el análisis de los resultados expuestos anteriormente, se podría concluir que la psicopatía no puede ser entendida exclusivamente en términos ambientales y/o sociales ya que en algunas ocasiones los factores genéticos o biológicos influyen en la conformación de una personalidad psicopática.

Este estudio se llevará a cabo debido al interés que suscita el descubrimiento de ciertos factores de riesgo, que llevan a los psicópatas a cometer asesinatos, y que no han sido tratados anteriormente con el fin de conseguir datos reveladores que posteriormente supongan una innovación.

OBJETIVOS

Pregunta problema:

¿Qué factores desencadenan en los psicópatas conductas asesinas?

Objetivo general:

Estudiar los factores de riesgo que causan que los psicópatas lleguen a cometer asesinato.

Objetivos específicos:

- Analizar la relación entre asesinar a animales en la infancia y que los psicópatas lleguen a cometer asesinatos.
- Analizar la relación entre la práctica del satanismo y que los psicópatas lleguen a cometer asesinatos.
- Analizar la relación entre la inculpación y que los psicópatas lleguen a cometer asesinatos.
- Analizar la relación entre la represión sexual en la infancia y que los psicópatas lleguen a cometer asesinatos.

Hipótesis

- El maltrato de animales en la infancia aumentará la probabilidad de que los psicópatas lleguen a acabar con la vida de seres humanos.
- Los psicópatas que han estado en contacto con creencias satánicas tendrán más probabilidades de asesinar.
- Los psicópatas que reconocen haber delinquido tendrán más probabilidad de llegar a cometer asesinato.
- La represión sexual es un factor de riesgo que aumentará las probabilidades de que los psicópatas asesinen.

MÉTODO

Participantes

La muestra de este estudio estará compuesta por 100 participantes que se encuentren presos en las cárceles de Fontcalent y Villena los cuales hayan sido condenados por cualquier delito. Se formarán 2 grupos de 50 personas, uno de ellos estará constituido por aquellos que hayan cometido asesinato y el otro grupo por aquellos que no. Los participantes del estudio deberán ser varones heterosexuales mayores de edad que presenten una psicopatía. En cuanto a los criterios de exclusión no conformarán la muestra aquellos varones que sean homosexuales.

Variables e instrumentos.

-Asesinato: en este estudio la variable se entenderá como haber llegado a cometerlo. Para la corroboración de este dato se recurrirán a los informes policiales y jurídicos del caso, además de fichas personales de las cárceles, en los cuales se redacta con todo detalle el suceso y características del sujeto.

-Psicopatía: Con el fin de detectar los casos válidos del estudio, se utilizará como instrumento el Psychopathy Checklist, creado por Hare (1970). Con este autoinforme se diagnosticará si existe o no una psicopatía siguiendo 20 preguntas basadas en el juicio clínico. Los ítems se puntúan 0, 1 ó 2 en los que a mayor puntuación mayor será la psicopatía que presenta, siendo el punto de corte principal el número 30. Se puntúan de forma independiente según descripción clínica del manual siguiendo el formato entrevista semi-estructurada y fuentes de información colateral, como bien podrían ser informes judiciales.

-Maltrato de animales en la infancia: se entiende por la presencia de conductas agresivas durante el período de la infancia enfocadas principalmente hacia animales, llegando a ser consideradas como maltrato. Por ejemplo lanzar piedras, dar patadas, prender fuego... a cualquier tipo de animal provocando un sufrimiento, hecho que supone un efecto placentero sobre el agresor.

A partir de un cuestionario se llevarán a cabo 3 preguntas las cuales son respuestas dicotómicas, adjuntadas en el anexo 2, mediante las cuales se confirmará la existencia o no de este tipo de episodios.

-Satanismo: entendido por que los participantes refieran haber leído o participado en ritos de este tipo de creencias en las que se venera y admira a Satán al que demandan favores en rituales mágicos. Para el estudio de esta variable se llevará a cabo una entrevista con unas 4 preguntas de respuesta sí o no, adjuntada en el anexo 3, en la que se preguntará directamente al sujeto si ha estado en contacto con este tipo de creencias. Además, la respuesta se contrastará preguntando a personas de su entorno mediante 3 preguntas directas con respuestas de sí o no.

-Reconocimiento del delito: es el reconocimiento público de la culpabilidad al cometer un delito. Los instrumentos llevados a cabo se centrarán en la revisión de los juicios con el objetivo de poder conocer si dicho sujeto se consideró culpable o inocente, por lo que se empleará un cuestionario con 15 preguntas enfocadas en la culpabilidad, la cual el sujeto ha afirmado anteriormente en el juicio, las preguntas se contestan mediante respuestas dicotómicas de sí o no.

-Represión sexual: es considerada como el sentimiento de culpa y la evitación de mantener contacto físico con personas del sexo opuesto como consecuencia de pertenecer a una familia estricta con creencias religiosas muy cerradas. Para su evaluación se elaborará una entrevista orientada hacia intereses sexuales con unas 3

preguntas directas, algunas de ellas con respuestas de sí o no y otras con respuesta abierta. (Ver anexo 4)

- Variables extrañas: en este estudio serán consideradas como extrañas las variables nivel socioeconómico, educativo y las variables sociodemográficas como el lugar de residencia, el estado civil... Para evitar el efecto de estas variables se utilizará una muestra lo más homogénea posible con niveles socioeconómico y educativo similares.

Procedimiento

Se visitarán distintos centros penitenciarios con el fin de escoger una muestra representativa para llevar a cabo el estudio, en concreto la prisión de Villena y la de Fontcalent. Para ello se presentará una solicitud al responsable de prisión de dichas cárceles demandando la posibilidad de entrevistar a un grupo de presos. Una vez aprobada la solicitud se pedirá el consentimiento de los presos para realizar las entrevistas. Se llevarán a cabo las entrevistas de unos 10 minutos utilizando una grabadora para ello y se pasarán los cuestionarios a rellenar por los presos. Ambos procesos se llevarán a cabo por cada preso de forma individual en una sala de interrogatorios de la cárcel a parte de los demás, se demandará el teléfono de contacto de los presos por tal de llevar a cabo las entrevistas con las personas del entorno más cercano que corroborarán las afirmaciones de estos. A través de una hoja explicativa los participantes serán informados de que la participación en el estudio será totalmente voluntaria y la importancia que los hallazgos del estudio tendrán para poder prevenir cierto número de asesinatos con la finalidad de que den su consentimiento para participar.

Tipo de diseño y estudio

El diseño de este estudio será del tipo correlacional ya que el objetivo consiste en recoger información sobre dos variables y observar la relación que existe entre ellas. En este caso dichas variables son la psicopatía y los factores de riesgo que llevan a los psicópatas a cometer asesinato. Se tratará de un estudio transversal, esto quiere decir, que se medirán las variables una única vez en el tiempo. No se realizará ninguna simulación y los participantes responderán a las entrevistas y a los cuestionarios en un medio natural, por lo tanto corresponde a un estudio de campo.

Análisis de datos

Una vez finalizado el estudio, recogidos y recopilados los datos obtenidos, se codificarán y analizarán con el programa informático estadístico “IBM SPSS Statistics 18”. Los datos serán codificados y clasificados, mediante este programa, de una manera detallada e informatizando todas las puntuaciones obtenidas en la investigación. En primer lugar, se codificarán los datos, que en este caso son las respuestas de los cuestionarios. En segundo lugar, se realizarán análisis descriptivos utilizando medias, varianzas y desviaciones típicas. Se realizarán comparaciones mediante el estadístico de contraste T- Student, que es el más utilizado en este tipo de estudios, con un nivel de confianza igual al 95% .

Resultados esperables

Los resultados esperados tras el análisis de los datos recogidos en la investigación de factores de riesgo que llevan a un psicópata a cometer un asesinato serían, en relación con la hipótesis, los siguientes:

En cuanto a la hipótesis del maltrato de animales en la infancia, los psicópatas que han cometido actos violentos con animales en su infancia, con el fin de obtener placer presentarán mayores probabilidades de cometer asesinatos, ya que, el reforzamiento que obtiene la persona en el maltrato de animales, ya sea por el placer, o por el buen reconocimiento de su entorno, propiciará que vuelva a incurrir en estos actos en la edad adulta, ya que lo relacionará con una sensación placentera y positiva.

En cuanto a la participación en ritos o la lectura de creencias satánicas, en concreto las ligadas a la corriente teísta, se confirmará que sí que provoca un aumento en la probabilidad de que los psicópatas lleguen a cometer asesinato ya que ya que esta corriente venera a Satán como un Dios por el cual llevan a cabo sacrificios. Por tanto el consuelo que obtienen al pensar que el fin, en este caso la veneración a Satán, justifica los medios les llevará a cometer el asesinato. Utilizando incluso la religión como excusa para matar.

La totalidad de los psicópatas analizados en este estudio demostrarán tener la misma probabilidad de cometer un asesinato, por lo que no influirá el anonimato como incremento para cometerlo ya que la gran mayoría suele sentirse bien habiendo realizado el asesinato y lo han hecho saber, bien sea en juicios, a otras personas o por otros medios.

Finalmente, en relación a la opresión de su libertad sexual, en la gran mayoría de los participantes se ha dado una conducta psicópata que ha terminado en la realización de un asesinato, debido a un conjunto de distorsiones en el principio de placer que se generan como consecuencia de las prohibiciones y recriminaciones por parte de los progenitores causando sentimientos de culpa y confusión que marcan un sesgo distinto de obtener placer.

Referencias

- Cabrera Sánchez, J., & Gallardo Vergara, R. (2013). Psicopatía y apego en los reclusos de una cárcel chilena. *Anuario de Psicología*, 43(1).
- Estrada Loyo, E. (2012). Psicopatía y liderazgo, los psicópatas que nos gobiernan. *Ciencia UANL*, 15(58), 89-95.
- Garrido, F. J. S. (2009). Fisonomía de la Psicopatía. Concepto, origen, causas y tratamiento legal. *Revista de derecho penal y criminología*, (2), 79.
- Hare (1991, 2003) *Criterios PCL-R para el diagnóstico de psicopatía*.
- Mariño Lourenço, A. R. (2015). Rendimientos Ejecutivos en Sujetos con Psicopatía.
- Moen, M. C. (2017). Characteristics for the identification of children who commit family murder in South Africa. *Journal of interpersonal violence*, 0886260517717493.
- Sánchez, B. P. (2014). *Estudio de una muestra penitenciaria española y latinoamericana de la realidad de la psicopatía en prisión* (Doctoral dissertation, Universidad de Oviedo).
- R. Arce (2012) *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context* vol. 4 (2)
- Rodríguez, J. M. S. (2012). La psicopatía¿ Patología o adaptación al medio?. *Criminología y Justicia*, (3),2-4.

Influencia de los factores ambientales en el uso de juegos PvP

Ignacio Aparicio Huertas
Héctor M. Martínez García
Francisco Moraes de la Peña
José Navarro González
Andrés R. Traistaru

RESUMEN

Ante la innegable entrada en una nueva era digital y la creciente presencia de las nuevas tecnologías en la cotidianeidad diaria, el presente estudio se centra en estudiar, analizar y poder dar una explicación al uso problemático de los juegos *online* jugador contra jugador (juegos PvP), que muchos adolescentes, de entre 12 y 17 años, están desarrollando.

Con el objetivo de profundizar lo máximo posible en dicho campo, el estudio propuesto se divide en dos fases. La primera se fundamentará en la observación y correlación de aspectos individuales del sujeto de investigación, como la implicación en actividades extraescolares, sus habilidades sociales, la pertenencia a familias disfuncionales, y el uso de dichos juegos en la vida del sujeto. La segunda fase consistirá en un experimento que tendrá como objetivo hallar la relevancia que estos aspectos pudieran tener en una intervención enfocada al uso problemático de los juegos PvP.

INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadística (2018) hallamos la presencia de televisión en el 99% de los hogares españoles, en el 98% hay al menos un teléfono móvil y en el 79,8% hay un ordenador (de cualquier tipo). En dicho estudio, el 86,1% de los encuestados, de entre 16 y 74 años, ha utilizado internet en los últimos tres meses y el 93,5% de estos internautas han utilizado algún dispositivo móvil para acceder a la red fuera de casa. Dichos “hábitos tecnológicos” se extrapolan también a los menores, de entre 10 y 15 años, donde el 92,8% usa internet habitualmente, y el 69,8% dispone de un teléfono móvil.

El auge de las nuevas tecnologías se percibe también en la industria del videojuego. La asociación DEV (Desarrollo Español de Videojuegos) en 2017 ha publicado un estudio en el que sitúa a España entre los diez principales mercados mundiales en dicha industria, y hay indicios que muestran la importancia que internet tiene a la hora de enlazar masivamente a jugadores de cualquier rincón del globo.

Ciertos autores (Arab y Díaz, 2015) enfatizan el ambivalente carácter de internet, donde se hallan aspectos positivos como el incremento de el sentimiento de competencia, el despliegue comunicacional y el afianzamiento de relaciones *offline*, entre otros. Pero, también se hallan matices negativos como el “ciberacoso”, la falta de empatía, chantaje y manipulación, que el anonimato en la red muchas veces permite. La misma contrariedad la encontramos, también, en el ámbito de los videojuegos, donde aspectos tan positivos como la innovación en terapias médicas de control del dolor, conviven con males causados por los mismos, como dolor de cuello, codo, muñeca, o incluso, alucinaciones y neuropatías periféricas, entre otros (Griffiths, 2005).

El punto de convergencia entre estas dos corrientes lo hallamos en juegos *online* jugador contra jugador, o juegos PvP (*player versus player*), donde un jugador juega contra semejantes en partidas en tiempo real soportadas por la red internáutica. Ciertos investigadores (Griffiths y Meredith, 2009) evidencian el incremento de especialistas dedicados al tratamiento contra el uso problemático de juegos *online*, como consecuencia directa del uso inapropiado que muchos consumidores han llegado a presentar. La relación que este tipo de psicopatologías se puede llegar a hacer con el concepto de Uso Problemático del Internet (UPI) a que muchos estudios ya presentan (Puerta-Cortés, y Carbonell, 2014; Boubeta, Ferreiro, Salgado y Couto, 2015; Vila, Crespo y Carmona, 2018), puesto que ambos usos inadecuados desembocan en un

fundamento común: Internet. Es por eso que dicho estudio englobará un concepto propio bajo las siglas de UJPvP: el Uso de los Juegos *Player versus Player*.

Entre los 12 y los 17 años se halla una franja de edad en la que el uso inapropiado de la red se incrementa notablemente (Poch, 2009). Esto se ve ligado significativamente a la vida escolar del adolescente, ya que hay estudios (Vila, Crespo y Carmona, 2018) que relacionan directamente el uso problemático de internet con el rendimiento cognitivo y académico del estudiante adolescente. También es muy importante el efecto que estos malos hábitos internáuticos pueden llegar a tener en la vida cotidiana del joven, ya que estos efectuarían deprivación de las horas de sueño (Fernández, Alguacil, y Martín, 2015), aislamiento social (Zhong y Yao, 2014), deterioro del círculo social del joven con iguales y profesores (Wang, Zhou, Lu, Wu, Deng, y Hong, 2011), y daños en la estructura familiar (Liu, Fang, Zou, Zhang y Deng, 2013) e incremento en conflictos de dicha índole (de Leo y Wulfert, 2013), entre otros.

Ante el indicio que Pros, Muntada, Martín y Busquets (2015) presentan: la realización de actividades extraescolares mejoran el rendimiento académico en individuos de edades escolares, el presente estudio plantea nuevas vías en la intervención de individuos que presenten un uso problemático en hábitos ligados con las nuevas tecnologías. Esto se intentará relacionando el uso de los juegos PvP con el fundamento del impacto positivo que tienen las actividades extraescolares en el rendimiento académico.

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Qué factores ambientales influyen en el UJPvP?

Objetivo general

Determinar factores ambientales implicados en el UJPvP en sujetos de edades comprendidas entre 12 y 17 años.

Objetivos específicos

Estudiar la relación entre actividades extraescolares físicas y el UJPvP.

Estudiar la relación entre actividades extraescolares intelectuales y el UJPvP.

Estudiar la relación entre la pertenencia a familias disfuncionales y el UJPvP.

Estudiar la relación entre las habilidades sociales y el UJPvP.

Hipótesis

La práctica de actividades extraescolares físicas reducirá el UJPvP.

La práctica de actividades extraescolares intelectuales reducirá UJPvP.

La pertenencia a familias disfuncionales aumentará el UJPvP.

La carencia de habilidades sociales aumentará el UJPvP.

MÉTODO

El método está compuesto por dos fases. La primera fase será correlacional, mientras que la segunda fase del método consistirá en un experimento para ver la influencia de ciertos factores ambientales sobre el UJPvP.

Participantes

Para esta investigación, se seleccionarán, de forma aleatoria 240 participantes de 3 institutos de la ciudad de Elche (IES Cayetano Sempere, IES Misteri d'Elx y IES Nit de l'Albà), obteniendo una muestra total de 240 participantes, que deberán cumplir las siguientes características:

- Tener entre 12 y 17 años (se seleccionarán 40 alumnos de cada edad)
- Ser estudiantes de ESO, o equivalentes, en el momento del estudio
- Poseer algún dispositivo de entretenimiento que permita el acceso a juegos PvP (videoconsolas, smartphones, PC, ...)
- Los tutores/as legales deberán estar dispuestos a participar de manera voluntaria y no remunerada (véase Anexo 1)

Criterios de exclusión de participantes:

- El consumo de sustancias estupefacientes (cannabis, cocaína...) (Vila, Crespo y Carmona, 2018)

Para la segunda fase se seleccionarán a los 100 participantes con mayores valores en factores de riesgo para desarrollar un UJPvP; como, por ejemplo, un uso lúdico de juegos PvP igual o mayor a 6 horas y merma del rendimiento académico (*Cruzado Díaz et. Al 2006*) y la presencia o combinación de cualquiera de estos dos síntomas; irritabilidad y trastornos afectivos (*Rev Med Hered 2006;17:196-205*).

Dividiremos la muestra en 4 grupos de 25 sujetos de forma aleatoria, 3 grupos experimentales y 1 de control.

En todos los grupos se privará del acceso a cualquier elemento lúdico electrónico relacionado con los juegos PvP o similares (ordenadores, tablets, smartphones...) durante 6 horas (tuteladas) a la semana durante los 9 meses de duración del experimento. En los grupos experimentales se emplearán las 6 horas de privación de acceso a los PvP para una actividad extraescolar, teniendo en un grupo una actividad física, en otro una intelectual y en el otro la suma de las dos. En el grupo control dejaremos ese espacio de tiempo a la elección del sujeto, dentro de los parámetros antes definidos.

La elección de 6 horas semanales viene determinada por el estudio de Ramón Cladellas Pros (*Pros, R. C., Muntada, M. C., Martín, M. B., & Busquets, C. G. 2015*) donde se demuestra que más de 10 horas semanales de actividades extraescolares, tanto físicas como intelectuales, influyen negativamente en el rendimiento académico.

Variables e instrumentos

Se tratará de medir el uso de juegos PvP mediante la medición muestral de las siguientes variables:

Variable dependiente:

Uso de juegos PvP (UJPvP): Se entenderá por este término el número de horas semanales que cada participante emplea en jugar a juegos PvP.

Variables independientes:

Rendimiento académico: Se medirá con el análisis de las calificaciones de cada participante (final del curso anterior y final del curso actual).

Actividades extraescolares físicas: Se medirá la cantidad de horas semanales dedicadas a estas actividades extraescolares.

Actividades extraescolares intelectuales: Se medirá la cantidad de horas semanales dedicadas a estas actividades extraescolares.

Habilidades sociales: Se medirán las habilidades sociales de cada participante mediante el *Cuestionario de evaluación de dificultades interpersonales en la adolescencia* (Cándido, Inglés Saura, Méndez e Hidalgo, 2000).

Familias: Se medirá la calidad de las relaciones intrafamiliares de cada participante, con el objetivo de averiguar la posible existencia de disfunción

familiar (Cruzado Diaz, L., Matos Retamozo, L., & Kendall Folmer, R.; 2006)

Variables extrañas: edad, género, curso, tener diagnosticado Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o Trastorno de Espectro Autista (TEA) y estar incapacitados para realizar las actividades extraescolares citadas (judo o ajedrez).

Para medir las variables: *actividades extraescolares físicas, actividades extraescolares intelectuales, familia y rendimiento escolar;* se rellenará un cuestionario hecho por los investigadores (véase Anexo 2). Este último dato se pedirá al centro y no a los tutores legales, para evitar manipulaciones en el estudio.

Para medir la variable: *habilidades sociales,* se usará el *Cuestionario de evaluación de dificultades interpersonales en la adolescencia* o *CEDIA* (véase Anexo 3). Este cuestionario fue diseñado en el año 2000 por investigadores de la facultad de psicología de la Universidad de Murcia como nueva medida de autoinforme destinada a detectar el nivel de dificultad que presentan los adolescentes en sus relaciones interpersonales (Inglés Saura, Méndez & Hidalgo, 2000).

Para medir la variable dependiente (uso de juegos PvP), se utilizará un auto-registro, por medio de un dispositivo electrónico (véase Anexo 4) conectado a la red del menor, para monitorizar tanto el número de conexiones, como el tiempo de conexión. Este medidor será instalado con el consentimiento paterno del participante (véase Anexo 1), pero sin el conocimiento del menor, de la misma manera se hará en la siguiente fase.

En la segunda fase del estudio las variables independientes serán las actividades extraescolares físicas y las intelectuales.

La actividad extraescolar elegida para el experimento será el ajedrez. Esta decisión está apoyada por diversos estudios que relacionan esta práctica con la mejora en el rendimiento académico y en diversas competencias cognitivas y socio-personales (Aciego, R., García, L., & Betancort, M. 2016 y Blanco, J. 2017)

La actividad física extraescolar elegida para el experimento será el Judo. Esta elección viene determinada por los resultados presentados por Carratala, V. y Carratala, E. (1999), en el que se ve una mejora en el rendimiento académico y en las habilidades psico-sociales de los jóvenes que se decantan por esta práctica.

La variable dependiente será el uso en horas destinado a los juegos PvP, que se medirá secuencialmente, de forma trimestral, hasta el fin del experimento (durante los 9 meses de un curso escolar).

La herramienta de medida será la utilizada en la anterior fase (véase Anexo 4), que aportará el uso en horas de dispositivos electrónicos.

Se usará también un auto-informe cumplimentado por el sujeto, para que este tenga la sensación de que controla el flujo de información hacia sus evaluadores.

Se medirán los resultado con una media de horas al día y del número de conexiones, los primeros días de cada semana, para el registro del experimento que se enviarán de forma automática y telemática a una base de datos central.

Procedimiento

La recogida de datos comenzará al inicio del curso académico y terminará al final de este. Se pedirá autorización a los 3 institutos en cuestión para realizar el estudio; una vez concedido oficialmente, se distribuirá una circular en los cursos de 1º de la ESO a 1º de bachillerato; en esta circular, se pedirán voluntarios para un estudio sobre el UJPvP, y se citará a los voluntarios y sus respectivos tutores. En dicha fecha, tendrá lugar una reunión con los participantes a los que se les entregarán todos los instrumentos de medición (cuestionarios, auto-registros, auto-informes, etc.), salvo el dispositivo digital de conexiones electrónicas, que se distribuirán a los tutores de los respectivos individuos con mayores puntuaciones en factores de riesgo para aumentar el UJPvP (véase Anexo 4), en una segunda cita.

Al cabo de 9 meses (un curso escolar) se analizarán los datos totales y parciales recogidos con estos dispositivos y se contrastarán con las variables independientes estudiadas y medidas previamente.

La segunda fase estará dividida, a su vez, en cuatro subfases.

Subfase 1: Se hará una medición en los primeros 15 días del experimento en la que ninguno de los grupos ha comenzado sus actividades y tampoco tienen conocimiento de las condiciones que se les propondrá, pudiendo obtener datos de su conducta en condiciones normales.

Subfase 2: En la tercera semana, se les reparte los formularios de auto-registro y se les explica cuál va a ser la dinámica que van a llevar a cabo en cada grupo con carácter inmediato.

- El grupo A comenzará en Judo 6 horas a la semana.

- El grupo B comenzará en ajedrez 6 horas a la semana.
- El grupo C comenzará 3 horas a la semana de judo, 3 horas a la semana de ajedrez.
- El grupo D (control) tendrá 6 horas a la semana tuteladas de privación a los juegos PvP y de acceso a dispositivos electrónicos de cualquier tipo, pudiendo el menor escoger la actividad a realizar dentro de estos parámetros.

Subfase 3: Se hará un seguimiento de los datos durante 9 meses (un curso escolar).

Subfase 4: Se realizará un estudio para estimar qué método ha sido más efectivo en la reducción de horas de juego y se aplicará a los sujetos de los grupos experimentales restantes en el siguiente curso académico.

Tipo de estudio y diseño

La primera fase del estudio corresponde a un estudio correlacional y secuencial, pues se estudiará la relación entre las distintas variables sin ofrecer ningún tratamiento y se tomarán los datos en 2 fechas, al principio y al final del curso. La segunda fase del estudio corresponde a un proceso de intervención experimental en la que se mide el efecto de la integración de actividades extraescolares en la rutina de los participantes, en el uso de juegos PvP.

Análisis de los datos

Los datos se codificarán y se usará el programa de análisis SPSS.

De las calificaciones académicas se obtendrá: la media, la desviación típica y las puntuaciones típicas; cuando se codifique, se usará el siguiente código (0-suspenso, 1-aprobado, 2-bien, 3-notable, 4-sobresaliente).

Se medirán las horas por semana de práctica de actividades extraescolares físicas e intelectuales dividiéndolas en 0-(0-2 horas) , 1-(2-4 horas) 2-(4-8 horas) 3-(+ 8 horas) para cada tipo de actividades extraescolares.

La pertenencia a familias disfuncionales, se marcará con un 0 y la no pertenencia a las mismas con un 1.

Por último, de las horas de juegos, se extraerá el número de horas por semana, dividiéndolas de dolas en: 0- (0-2 horas) , 1- (2-4 horas) 2- (4-8 horas) 3- (+ 8 horas).

Con estos datos, se relacionará cada una de estas variables con la cantidad de horas de juego de los participantes. Se obtendrán los coeficientes de Pearson y los de

correlación de las variables, se utilizará la distribución t de Student por las características de dichos grupos; y se utilizará la D de Cohen para medir el tamaño del efecto.

RESULTADOS ESPERABLES

Una vez llevado a cabo el proceso anteriormente descrito, los resultados que esperaríamos obtener serían los siguientes:

- La práctica de actividades extraescolares de índole física (en este caso el judo) reducirían la posibilidad de adoptar un uso problemático de los juegos PvP.
- Realizar actividades extraescolares intelectuales (en este caso el ajedrez) disminuiría la probabilidad de incurrir en un uso problemático de los juegos PvP.
- La pertenencia a una familia disfuncional contribuiría al aumento de las probabilidades de establecer un uso problemático de los juegos PvP.
- La carencia de habilidades sociales incrementarían la probabilidad de un uso problemático de juegos PvP.
- El rendimiento académico se vería aumentado si se implementaran actividades extraescolares en el horario de los adolescentes. Si bien tendrían cabida ligeras diferencias entre grupos en dicho aspecto, no supondría una disparidad relevante.

REFERENCIAS

- Aciego, R., García, L., & Betancort, M. (2016). *Efectos del método de entrenamiento en ajedrez, entrenamiento táctico versus formación integral, en las competencias cognitivas y sociopersonales de los escolares*. *Universitas Psychologica*, 15(1) 165-176.
- Arab, L. E., & Díaz, G. A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 7-13.
- Blanco, J. (2017). *Desarrollo del aprendizaje estratégico a través del juego de ajedrez. Actividad física y ciencias*, 8(2).
- Boubeta, A. R., Ferreiro, S. G., Salgado, P. G., & Couto, C. B. (2015). Variables asociadas al uso problemático de internet entre adolescentes. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15(1), 25-38.
- Cruzado Diaz, Lizardo; Matos Retamozo, Luis y Kendall Folmer, Rommy. *Adicción a internet: Perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados en un*

instituto nacional de salud mental. Rev Med Hered [online]. 2006, vol.17, n.4 [citado 2019-01-09], pp.196-205. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2006000400003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1018-130X.

- de Leo, J.A. y Wulfert, E. (2013). Problematic Internet use and other risky behaviors in college students: An application of problem-behavior theory. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 133-141. doi:10.1037/a0030823 (conflictos familiares)
- Desarrollo Español de Videojuegos (DEV) (2017). Libro en blanco del desarrollo español de videojuegos. Madrid: Desarrollo Español de Videojuegos.
- Fernández Villa, T., Alguacil Ojeda, J., & Martín, V. (2015). Uso problemático de internet en estudiantes universitarios: factores asociados y diferencias de género. (sueño)
- Griffiths, M. D. (2005). Video games and health. *British Medical Journal*, 331, 122–123. doi:10.1136/bmj.331.7509.122.
- Griffiths, M. D., & Meredith, A. (2009). Videogame addiction and its treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(4), 247-253.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018). Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Liu, Q-X., Fang, X-Y., Zhou, Z-K., Zhang, J-T. y Deng, L-Y. (2013). Perceived parent-adolescent relationship, perceived parental online behaviors and Pathological Internet use among adolescents: Gender-specific differences. *Plos One*, 8(9), e75642. doi:10.1371/journal.pone.0075642 (estructura familia)
- Poch, F. V. (2009). Uso autoinformado de Internet en adolescentes: perfil psicológico de un uso elevado de la red. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1), 109-122.
- Pros, R. C., Muntada, M. C., Martín, M. B., & Busquets, C. G. (2015). *Actividades extraescolares y rendimiento académico en alumnos de primaria*. *European Journal of investigation in health, psuchology and education*, 3 (2), 87-97.
- Puerta-Cortés, D. X., & Carbonell, X. (2014). El modelo de los cinco grandes factores de personalidad y el uso problemático de Internet en jóvenes colombianos. *Adicciones*, 26(1), 54-61.
- Vila, M. M., Crespo, J. L. C., & Carmona, A. C. (2018). Rendimiento académico y cognitivo en el uso problemático de Internet. *adicciones*, 30(2), 101-110.

- Wang, H., Zhou, X., Lu, C., Wu, J., Deng, X. y Hong, L. (2011). Problematic Internet Use in high school students in Guangdong Province, China. *Plos One*, 6(5), e19660. doi:10.1371/journal.pone.0019660 (círculo sociales entre iguales)
- Zhong, Z. y Yao, M. (2014). Depression, Loneliness, Social Contact, and Internet Addiction: A Cross-Lagged Panel Study. *Computers in Human Behavior*, 30, 164 (aislamiento social)

Eficacia de la terapia con música en pacientes de Alzheimer

Allam Touhafi, Noura
Millán Núñez de Arenas, Sandra
Ortega Pérez, Miriam
Pérez Luque, Nuria
Pons García, Nerea

RESUMEN

El presente estudio experimental pretende comprobar la eficacia de la terapia con música en los pacientes que presentan Alzheimer, ya que esta enfermedad constituye una de las demencias más prevalentes y de mayor impacto en la población anciana actual. Para ello, se escogerá una muestra de 80 pacientes de Alzheimer de la Asociación de Alzheimer de Alicante (A.F.A Alicante) con edades comprendidas entre los 65 y los 75 años, los cuales quedarán divididos en grupo control y experimental, siendo este último quien reciba las sesiones de musicoterapia. Ambos grupos serán sometidos a una evaluación de la evolución de los diferentes síntomas de afectación cognitiva, motora y emocional característicos de la enfermedad a través de la medición de los mismos antes y después de la aplicación de la musicoterapia con el objetivo de analizar la influencia de la misma en el desarrollo de la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer fue descubierta por el Dr. Alois Alzheimer en 1906 al estudiar los cambios que había sufrido el tejido cerebral de una mujer que había muerto por una anómala enfermedad mental y cuyos síntomas eran: pérdidas de memoria, paranoia, comportamientos impredecibles, desorientación y problemas del lenguaje (García et al., 2009).

Actualmente, se sabe que el Alzheimer es un trastorno cerebral progresivo e irreversible que daña lentamente y destruye las células del cerebro, dando lugar a pérdidas de memoria y aptitudes del pensamiento, entre otros deterioros cognitivos (Molero et al., 2017). Cabe destacar que, si bien la mayoría de las personas afectadas son gente de avanzada edad (apareciendo generalmente los primeros síntomas después de los 60 años), el Alzheimer no es parte de un envejecimiento natural y normal, sino que constituye el tipo de demencia más común, suponiendo una crisis de salud pública al representar entre el 60 y el 70% de los casos (OMS, 2017). Es más, en 2013, el Alzheimer fue la causa del 78% de las defunciones asociadas a demencias, situándose como la séptima causa de muerte en España.

Asimismo, existen diferencias de género en relación con la afectación del Alzheimer, puesto que de cada 10 fallecidos debidos a esta demencia, 7 son mujeres (INE, 2015). No obstante, todavía no se ha hallado una explicación clara acerca del dimorfismo sexual presente en esta demencia, aunque diversas investigaciones indican que los factores genéticos y hormonales podrían ser una de las principales causas (Fisher, Bennett y Dong, 2018).

A pesar de que todavía no se ha encontrado una cura definitiva, puede que la música tenga un valor terapéutico según Lord y Gardner (1993), quienes trabajaron con tres grupos de personas afectadas por esta enfermedad. De acuerdo con su estudio, los sujetos que participaron en una Big Band, interpretando música de los años 20 y 30, mostraron mayor capacidad de recordar hechos de su pasado personal que los otros dos grupos (uno que practicó pintura y otro que realizó puzzles).

La AMTA (American Music Therapy Association, 2006) definió la musicoterapia como el uso clínico de las intervenciones musicales para lograr diversas metas como promover bienestar, controlar el estrés, aliviar el dolor y, especialmente, mejorar la memoria y proporcionar oportunidades únicas para la interacción y la expresión de sentimientos. Esta asociación también destaca la efectividad de dicha terapia en la

rehabilitación física, así como en el aumento de la motivación para participar en cualquier tratamiento.

Hay diversos estudios que han demostrado que la musicoterapia mejora y mantiene la conducta social y las facultades cognitivas de los enfermos de Alzheimer (Clair y Bernstein, 1990), ya que los anima a cantar canciones antiguas y bailar viejas tonadas, a pesar de la amnesia y afasia (Braben, 1992); lo que sugiere que la música es capaz de revivir el potencial terapéutico de la reminiscencia, considerándose así una estrategia para recuperar los recuerdos emocionales asociados a una experiencia, teniendo en cuenta que la memoria emocional es la que más perdura (Molero et al., 2017).

Es por ello que a través del presente estudio se pretende corroborar o contrastar las conclusiones a las que han llegado investigaciones previas, las cuales afirman que el uso de la musicoterapia y, concretamente, de la música favorita de cuando los enfermos eran jóvenes, se ha mostrado funcional en estos pacientes. Por tanto, en vista de que esta enfermedad se ha visto intensificada en los últimos años y, teniendo en cuenta que la musicoterapia es un método relativamente novedoso y hay escasos estudios sobre ello, se considera de gran interés demostrar si esta terapia es un método eficaz para ralentizar el deterioro cognitivo que produce la evolución del Alzheimer.

OBJETIVOS

Pregunta problema

-¿Es eficaz la terapia con música en pacientes de Alzheimer?

Objetivo General

-Comprobar la eficacia de la terapia con música en pacientes de Alzheimer.

Objetivos Específicos

-Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre la memoria en pacientes de Alzheimer.

-Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre el estado de ánimo en pacientes de Alzheimer.

-Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre los delirios en pacientes de Alzheimer.

-Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre los trastornos del lenguaje en pacientes de Alzheimer.

-Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre la capacidad motora en pacientes de Alzheimer.

-Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre la atención selectiva en pacientes de Alzheimer.

-Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre la orientación temporal en pacientes de Alzheimer.

Hipótesis

-La terapia con música ralentizará el deterioro de la memoria en pacientes de Alzheimer.

-La terapia con música mejorará el estado de ánimo en pacientes de Alzheimer.

-La terapia con música disminuirá el desarrollo de delirios en pacientes de Alzheimer.

-La terapia con música disminuirá el desarrollo de trastornos del lenguaje en pacientes de Alzheimer.

-La terapia con música ralentizará el deterioro de la capacidad motora en pacientes de Alzheimer.

-La terapia con música ralentizará el deterioro de la atención selectiva en pacientes de Alzheimer.

-La terapia con música ralentizará el deterioro de la orientación temporal en pacientes de Alzheimer.

MÉTODO

Participantes

Los criterios que se tendrán en cuenta a la hora de realizar la selección de los sujetos que conformarán la muestra serán los siguientes:

La muestra constará de 80 pacientes de Alzhéimer de la Residencia Alzhéimer Alicante (A.F.A Alicante) con edades comprendidas entre los 65 y los 75 años que se encuentren en un estadio leve-moderado de la enfermedad, debido a las ventajas que puede tener una intervención no farmacológica en sus fases iniciales, en las que todavía no se ha producido un daño neurológico significativo. Asimismo, los sujetos no deben padecer ningún otro tipo de decaimiento físico y/o mental y el analfabetismo se presentará como un criterio de exclusión.

Por otro lado, se considera de gran importancia conocer si los pacientes están bajo los efectos de algún tipo de fármaco o terapia reconstructiva, a fin de otorgar más

validez a los resultados obtenidos tras la investigación y aminorar el consiguiente error de estimación.

Mediante una distribución aleatoria, quedarán divididos en dos grupos de 40 sujetos cada uno con igual porcentaje de hombres y mujeres entre ambos, controlando así la variable del sexo. De esta forma, la muestra será lo más equitativa y, por ende, representativa posible y se evitarán variables extrañas que puedan restarle eficacia al tratamiento.

El grupo al que se le aplicará la terapia con música será el objetivo de este estudio -grupo experimental- y a través de la medición de las variables se compararán las diferencias encontradas con respecto al grupo control.

Variables e instrumentos

Las sesiones de terapia con música llevadas a cabo en la residencia y centro de día A.F.A Alicante constituirán la *variable independiente* de este estudio.

La *variable dependiente* corresponde a la eficacia de la aplicación de la musicoterapia en base a la presencia de los síntomas de afectación cognitiva, motora y emocional característicos en los pacientes con demencia de tipo Alzheimer en estadio leve-moderado.

-Estado de ánimo: Variable dependiente que hace referencia al estado emocional de los pacientes. El instrumento utilizado para la medición de esta variable será La Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA) (Sanz, 2001), formada por 16 ítems en escala de 0 a 10 puntos que valoran cuatro estados de ánimo generales: depresión, ansiedad, hostilidad y alegría.

-Delirios: Variable dependiente que implica una alteración de la percepción y genera alucinaciones y pensamientos absurdos e incoherentes. Para medir esta variable se utilizará La Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98) de Trzepacz et al. (2001). Esta escala consta de 16 ítems, la mayoría de ellos puntúan entre 0 y 3 y es necesario que sean rellenados por un especialista con elevado conocimiento de esta psicopatología.

-Trastornos del lenguaje: Variable dependiente que, aplicada al ámbito del estudio, se caracteriza principalmente por la aparición de la afasia. En la fase inicial del Alzheimer, este trastorno del habla viene marcado por la dificultad (y posterior incapacidad) de evocar el nombre de ciertos objetos (trastorno denominado anomia). En consecuencia, los pacientes con Alzheimer comienzan a utilizar circunloquios de

manera cada vez más frecuente y aumenta la aparición de discursos carentes de coherencia (Moreno, 2011). El instrumento de medición será el Boston Naming Test (BNT), diseñado por Kaplan, Goodglass y Weintraub en 1983. Esta prueba de denominación por confrontación visual está constituida por 60 figuras (objetos, animales, etc) dibujadas en color negro sobre un fondo blanco que deben ser nombradas por los sujetos evaluados. Es importante controlar la variable del nivel de escolaridad de los pacientes a la hora de realizar esta prueba, ya que puede afectar en los resultados de la misma (Pedroza, Espitia, y Montañés, 2016).

-Memoria: Variable dependiente que, aplicada al estudio, se definiría como la facultad psíquica de los pacientes con Alzheimer de recordar acontecimientos recientes o lejanos en el tiempo (memoria a corto y largo plazo), así como la capacidad de formar nuevos recuerdos. En este caso la Wechsler Memory Scale-IV (WMS-IV) será el instrumento de medición de esta variable, desarrollado por Wechsler (2008) y formado por 2 baterías. En este estudio solamente se utilizará la batería para mayores, aplicable entre los 65 y 89 años de edad. Ésta se divide en 4 pruebas (memoria lógica, pares de palabras, reproducción visual y span de símbolos), estructuradas en 229 ítems que evalúan la memoria auditiva, visual, inmediata y demorada.

-Capacidad motora: Variable dependiente que hace referencia a la habilidad de los pacientes de ejecutar determinados movimientos voluntarios de manera adecuada y coordinada en la realización de actividades de la vida diaria (AVD). Para la medición de esta variable se empleará el índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965). Este instrumento está formado por 10 AVD básicas (ducharse, vestirse, subir escaleras, etc) y permite medir el grado de dependencia del sujeto a la hora de realizar dichas actividades, obteniendo una puntuación entre 0 (paciente completamente dependiente) y 100 (paciente completamente independiente).

-Atención selectiva: Variable dependiente definida como la capacidad voluntaria de concentración en un estímulo concreto, ignorando el resto de aspectos irrelevantes y distracciones del entorno. El Test de colores y palabras (Golden, 2005) permite la medición de este tipo de atención, así como la velocidad de procesamiento y el control inhibitorio. Este instrumento consta de 3 láminas y el sujeto debe realizar una tarea distinta en cada una: lectura de palabras con nombres de colores (todos ellos escritos en negro), identificación de colores en elementos sin significado (tipo “XXX”) e identificación colores en palabras con nombres de colores distintos (por ejemplo la

palabra “verde” escrita en color rojo. Esta actividad se basa en el principio de la interferencia).

-Orientación temporal: Variable dependiente que en este estudio se refiere a la noción que tienen los pacientes del tiempo presente (año, mes, día...). Para la medición de esta variable se utilizará el Test de Orientación Temporal de Benton (Benton, 1983), formado por 5 preguntas: día de la semana, día del mes, nombre del mes, año y hora actuales.

Procedimiento

En primer lugar, se contactará con la Residencia A.F.A Alicante con el fin de solicitar la autorización pertinente para llevar a cabo el estudio, informando sobre la confidencialidad de los datos requeridos.

Una vez obtenido el permiso, se escogerán aleatoriamente 80 pacientes de Alzheimer en base a los criterios de inclusión, quienes quedarán divididos al azar en dos grupos de 40 participantes formados por 20 hombres y 20 mujeres. Por un lado, el grupo control recibirá charlas informativas acerca de la enfermedad, es decir, un tratamiento equivalente al placebo, ya que ningún estudio avala su eficacia. Por otro lado, la terapia del grupo experimental estará basada en la musicoterapia, aplicada de manera pasiva, puesto que los sujetos no participarán en la creación de sonidos. Los sujetos no conocerán el objetivo del experimento hasta que se finalice el mismo, evitando así la deseabilidad de los pacientes del grupo experimental de mejorar sus resultados. Del mismo modo, los terapeutas desconocerán la diferenciación grupal con el fin de conseguir una igualdad de implicación y expectativas en ambos grupos.

Antes de proceder a la aplicación de la musicoterapia, se medirán en ambos grupos todas las variables dependientes con los instrumentos correspondientes para confirmar que el grupo control y experimental presentan niveles similares de afectación (descartando así posibles variables extrañas) para poder evaluar la eficacia del tratamiento en la evolución de la enfermedad.

Se definirá un horario concreto para la realización de la terapia con música, basado en previos estudios (Gallego y García, 2017). Se realizarán 2 sesiones por semana -martes y jueves- con una duración de 1 hora cada una y dirigidas por un musicoterapeuta debidamente capacitado. Además, se llevarán a cabo por la mañana- de 11h a 12h- con el fin de evitar un elevado nivel de cansancio en los sujetos. El tratamiento durará 2 meses, y una vez finalizado el experimento volverán a medirse las

variables en todos los sujetos, para comparar los resultados finales con los estadísticos iniciales del estudio. En caso de obtener resultados positivos, se deberá aplicar la musicoterapia al grupo control para no privarle de los beneficios alcanzados.

Las sesiones de musicoterapia, de acuerdo con estudios anteriores, se organizarán de la siguiente manera (De la Rubia, Espinós e Iranzo, 2014) :

1ª Fase. Días: 1. A los pacientes se les dará una charla informativa sobre las actividades de musicoterapia y se les pasará un cuestionario de preferencias musicales para conocer sus gustos y poder generar así emociones y recuerdos en ellos (Gallego y García, 2017).

2ª Fase. Días: 12. Se llevarán a cabo actividades en las que se practicará la memoria, el lenguaje, la atención, la orientación, la autoestima y la participación social con los demás compañeros del grupo y el terapeuta.

3ª Fase. Días: 3. Para finalizar las sesiones de musicoterapia, se realizarán unas actividades de despedida en las que las sesiones se centrarán en la relajación y la respiración acompañadas de música, para conseguir tranquilidad y una mejor concentración.

Tipo de diseño y estudio

El estudio se ajusta a un diseño experimental, ya que se pretende comprobar la eficacia del tratamiento manipulando variables entre ambos grupos: experimental y control, para de esta manera contrastar las hipótesis planteadas y comprobar si presentan o no la exactitud prevista, así como intentar cuantificar la predicción de la variable dependiente (los síntomas que presenta la enfermedad Alzheimer) a partir de la variable independiente (sesiones de musicoterapia).

En cuanto al tipo de estudio, se tratará de un experimento de campo, puesto que el lugar de la investigación será el centro terapéutico A.F.A Alicante, donde los sujetos residen la mayor parte del año, por lo que no se manipularán las condiciones de dicho entorno.

En última instancia, cabe destacar que se llevará a cabo un estudio longitudinal prospectivo, ya que las mismas variables serán evaluadas al inicio y al final del tratamiento para comprobar las posibles diferencias entre ambos grupos debidas a la terapia con música.

Análisis de datos

Atendiendo a la naturaleza cuantitativa de los datos obtenidos en los diferentes instrumentos de medida, el programa estadístico informático a utilizar para proceder a la codificación y análisis estadístico de los mismos será el software de análisis predictivo IBM SPSS en su versión 25.0.

De esta forma se creará la matriz de datos y se ordenarán los casos de las modalidades de cada variable en distintas distribuciones de frecuencias para elaborar las correspondientes gráficas. Seguidamente, se llevará a cabo un análisis descriptivo mediante el cálculo de las respectivas medias, varianzas y desviaciones típicas, tanto al inicio como al final del estudio.

Para cuantificar la relación causal entre las variables predictoras y la variable criterio, se llevará a cabo un diagrama de dispersión -que deberá mostrar una relación lineal entre ellas-, el cálculo de la covarianza y el coeficiente de correlación de Pearson, lo que será de gran ayuda -junto al coeficiente de determinación- para comprobar la precisión, y el ajuste del modelo a los datos.

Por último se procederá a calcular los estadísticos de contraste para comprobar si se han obtenido resultados estadísticamente significativos comparando ambos momentos del experimento. Para ello, se utilizará la distribución de probabilidad T de Student, comprobando así que las diferencias obtenidas no han sido debidas al azar con un intervalo de confianza del 95%. Asimismo, con el objetivo de determinar la contingencia de las hipótesis, la d de Cohen demostrará si los parámetros obtenidos son clínicamente relevantes, comprobando de esta manera la fiabilidad de los mismos sin que los pronósticos puedan haber estado influenciados por el tamaño muestral.

RESULTADOS ESPERABLES

Tras finalizar el estudio sobre la eficacia de la terapia con música en pacientes de Alzheimer con un grado leve-moderado, se prevén los siguientes resultados:

Se espera observar una mejora significativa en los síntomas de los sujetos del grupo experimental, pudiendo considerar la musicoterapia, por tanto, una herramienta terapéutica eficaz, ya que ésta tiene como fin obtener beneficios fisiológicos, sociales, psicológicos e intelectuales para los pacientes a los que se les aplica. Esto se debe a que la música tiene incidencia sobre los procesos mentales, sensaciones y percepciones, además de emociones que ayudan a estimular la memoria, lo que a su vez conduce a un mejor bienestar del paciente. De igual modo, la mayoría de pacientes conseguirán disminuir los parámetros de delirios y trastornos del lenguaje, ya que mediante estas

terapias se pretende reducir el impacto de la enfermedad, ralentizar el curso de la misma, retardar el deterioro cognitivo y controlar la conducta (De la Rubia, Espinós e Iranzo, 2014).

Por otro lado, se espera registrar unos mejores resultados en las mujeres debido a que estudios avalan mejores aptitudes en memoria emocional que los hombres (De Oliveira, Prada, Cotes, Franky y Tomaz, 2008).

Por tanto, se considera que en un futuro se deberían replicar estudios que abarquen esta línea de investigación con un mayor tamaño muestral, profundizando en los beneficios que suscitan estas terapias y en las posibles diferencias de género. Asimismo, sería conveniente la realización de más investigaciones en este campo con el fin de poder definir en mayor profundidad los efectos de la musicoterapia en esta enfermedad, validando así su eficacia y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de aquellos que la padecen.

REFERENCIAS

- AMTA (2006). *Music Therapy and Alzheimer's Disease*. American Music Therapy Association (AMTA). Disponible en:
https://www.musictherapy.org/assets/1/7/MT_Alzheimers_2006.pdf
- Benton, A. L. (1983). *Contributions to neuropsychological assessment*. Nueva York: Oxford University Press.
- Braben, L. (1992). A song for Mrs. Smith. *Nursing Times*, 88, 41-54.
- Clair, A. A. y Bernstein, B. (1990). A Preliminary Study of Music Therapy Programming for Severely Regressed Persons With Alzheimer's-Type Dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 9(3), 299-311.
- De la Rubia Ortí, J. E., Espinós, P. S., e Iranzo, C. C. (2014). Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 131-140.
- De Oliveira, S. B., Prada, L. M. A., Cotes, C. A. C., Franky, J. F., y Tomaz, C. A. B. (2008). Evaluación de la memoria declarativa asociada con contenido emocional en pacientes lobectomizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 229-241.

- Fisher, D. W., Bennett, D. A. y Dong, H. (2018). Sexual dimorphism in predisposition to Alzheimer's disease. *Neurobiology of aging*, 70, 308-324.
- Gallego, M. G. y García, J. G., (2017). Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Neurología*, 32(5), 300-308.
- García, S., Vázquez, R. M. C., Dávalos, E. M., Castillo, J. L., Silva, B. M., y Ortiz, A. D. J. V. (2009). Enfermedad de Alzheimer: una panorámica desde su primera descripción hacia una perspectiva molecular. *Medicina Interna de México*, 25(4), 300-312.
- Golden, C. J. (2005). *Test de colores y palabras (Stroop)*. Madrid: TEA Ediciones.
- INE (2015). *Estadística de defunciones según la causa de muerte*. Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en: <http://ine.es/prensa/np896.pdf>
- Kaplan, E. F., Goodglass, H., y Weintraub, S. (1983). *The Boston naming test*. Philadelphia: Lea y Febiger.
- Lord, T. y Gardner, J. (1993). Effects of Music on Alzheimer Patients. *Perceptual Motor Skills*, 76, 451-455.
- Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Molero, M., Pérez-Fuentes, C., Gázquez, J., Barragán, A., Simón, M. y Martos, A. (2017). *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. Volumen III*. Almería: ASUNIVEP
- Moreno, A. (2011). *El lenguaje en la enfermedad de alzheimer: deterioro progresivo y proceso comunicativo*. Revista PsicologíaCientífica.com. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/alzheimer-lenguaje-deterioro>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Demencia*. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Pedroza, L. D., Espitia, A., y Montañés, P. (2016). Aportes y limitaciones del Boston naming test: evidencia a partir de controles colombianos. *Acta Neurológica Colombiana*, 32(4), 290-296.
- Sanz, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: "La Escala de Valoración del Estado de Ánimo" (EVEA). *Análisis y modificación de conducta*, 27, 71-110.
- Trzepacz, P. T., Mittal, D., Torres, R., Canary, K., Norton, J., & Jimerson, N. (2001). Validation of the Delirium Rating Scale-Revised-98: comparison with the

Delirium Rating Scale and the Cognitive Test for Delirium. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 13(2), 229-242.

Wechsler, D. (2008). *Wechsler Memory Scale-IV*. EEUU: NCS Pearson Inc.

Modificación de las creencias sobre el tarot en estudiantes universitarios

/

Alemán Barragán, María Virginia
Campaña Aranda, Laura
Cruz Arnedo, Paula
Ferrández Vidal, Laura
Irazabal García, Izar Natacha
Ortas Barajas, Francisco

/

Resumen

El objetivo de la presente investigación consiste en analizar la eficacia de un programa de manipulación para aumentar las creencias en el tarot. Para realizar dicho trabajo experimental se utilizará una muestra compuesta por 60 personas, 30 hombres y 30 mujeres, con una edad comprendida entre 18 y 20 años, siendo éstos estudiantes universitarios residentes en Elche sin “creencias paranormales”. El grupo experimental se dividirá en 15 subgrupos, dentro de cada uno habrá 2 sujetos del experimento y 6 compinches que se harán pasar por sujetos colaborando en la realización del experimento. Mediante encuestas se evaluarán las distintas variables descritas y se analizará la eficacia del tratamiento a través de las distintas sesiones.

Introducción

La creencia en el tarot como un método de adivinación eficaz puede ser considerada una creencia pseudocientífica, sobrenatural o paranormal (Matas Blázquez, 2016). Este tipo de métodos forman parte de las denominadas pseudociencias, disciplinas que dicen o pretenden ser ciencia sin serlo (Armentia, 2002). Las investigaciones y los métodos experimentales de estas materias carecen de rigor científico, tratan conceptos no contrastables y toman por positivos resultados que no han sido corroborados (Kurtz, 1978). Diferentes investigadores coinciden en que los denominados “fenómenos paranormales” son contrarios a las leyes de la ciencia (Broch, 2007; Goldacre, 2011; MacDonald, 1995; Sagan y Udina, 1997; Shermer, 2009). En añadido, sería necesario que las leyes científicas fueran revisadas para poder constatar y verificar este tipo de hechos (Sutherland, 1996).

Con relación a estas creencias, en la obra de Henri Broch (2007) se afirma que se deben a la falta de aprendizaje y razonamiento científico. Sin embargo, diferentes investigaciones sobre “creencias paranormales” en el ámbito universitario ponen en duda esta afirmación. La creencia en este tipo de fenómenos ha aumentado entre la población general, sucediendo lo mismo entre estudiantes (Matas Blázquez, 2016). Los resultados de la investigación realizada por Messer y Griggs (1989) demuestran que un 65% del alumnado universitario dice haber participado en mínimo un “fenómeno paranormal”. Además, los resultados de la investigación de Broch (2000) muestran que un 70% de los estudiantes consideran como hecho científico la habilidad de doblar objetos metálicos utilizando la mente. Autores como Roberts y Seager (1999) consideran que estos resultados se deben a la existencia de un número escaso de participantes escépticos en las muestras de las investigaciones.

Siguiendo esta línea de investigación es importante que el número de participantes de cada género esté equilibrado a la hora de realizar un estudio. Debido a que diferentes investigaciones afirman que existe mayor credulidad entre mujeres que entre hombres, siendo esa diferencia significativa (Aarnio y Lindeman, 2005; McDonald, 1995; Richman y Bell, 2012; Williams, Francis y Robbins, 2007; Randall y Desrosiers, 1980; Wiseman y Watt, 2004).

Otra observación a tener en cuenta es que la mayor parte de los diseños empleados para analizar la relación entre la educación universitaria y la creencia en “fenómenos

paranormales” han sido transversales. Cuando lo más adecuado es seguir un diseño longitudinal (McDonald, 1995; Aarnio y Lindeman, 2005).

Para concluir es necesario mencionar de nuevo la relación existente entre las creencias paranormales y la educación universitaria debido al perfil de los participantes de esta investigación. Pues pese a que la educación superior tiene entre sus objetivos principales que el alumnado desarrolle un pensamiento analítico y una actitud crítica, las diferentes investigaciones ya mencionadas muestran altos porcentajes de creencias paranormales entre estudiantes universitarios (Matas Blázquez, 2016).

Objetivos

Pregunta problema:

¿Mediante un programa de manipulación se puede hacer creer a escépticos en el tarot?

Objetivo general:

Analizar la eficacia de un programa de manipulación para aumentar las creencias en el tarot.

Objetivos específicos:

- Analizar la eficacia de un programa de manipulación sobre la creencia de que el tarot puede adivinar el pasado.
- Analizar la eficacia de un programa de manipulación sobre la creencia de que el tarot puede conocer la situación actual de las personas.
- Analizar la eficacia de un programa de manipulación sobre la creencia de que el tarot puede ofrecer soluciones para los problemas de la gente.
- Analizar la eficacia de un programa de manipulación sobre la creencia de que el tarot puede predecir lo que va a pasar en el futuro.

Hipótesis:

- El programa de manipulación será eficaz para aumentar las creencias de que el tarot puede adivinar el pasado.
- El programa de manipulación será eficaz para aumentar las creencias de que el tarot puede conocer la situación actual de las personas.

- El programa de manipulación será eficaz para aumentar las creencias de que el tarot puede ofrecer soluciones para los problemas de la gente.
- El programa de manipulación será eficaz para aumentar las creencias de que el tarot puede predecir lo que va a pasar en el futuro.

Método

Participantes

La muestra a la que se dirige el estudio estará compuesta por 60 personas, 30 mujeres y 30 hombres. Como criterios de inclusión deberán tener una edad comprendida entre los 18 y 20 años, no han de padecer ningún tipo de trastorno ni psicopatología, deberán residir en la ciudad de Elche y además ser estudiantes universitarios y carecer de “creencias paranormales”.

Variables e Instrumentos

Para la selección de los 60 participantes se solicitará la cumplimentación de la Escala Mejorada de Creencias Paranormales (Tobacyk, 2004) creada a partir de la Escala de Creencias Paranormales (Tobacyk & Milford, 1983). El autoinforme está compuesto por 26 ítems divididos en siete subescalas y mide las “creencias paranormales”. El registro de respuestas se realiza mediante una escala de Likert de 7 puntos y tiene un coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach = 92.

Variables Dependientes:

- Creencias sobre el tarot y la adivinación del pasado. Los participantes refieran que el tarot pueda adivinar hechos que le han sucedido en su vida como por ejemplo la pérdida de un familiar.
- Creencias sobre el tarot y el conocimiento de la situación actual de los participantes. Los participantes refieran que el tarot pueda conocer hechos de su vida actual como su estado civil.
- Creencias sobre el tarot como búsqueda de soluciones a los problemas de la gente. Los participantes refieran que el tarot pueda conocer qué acciones debe hacer para solucionar o acabar con sus problemas y conflictos como la ruptura con su pareja.

- Creencia sobre el tarot y la predicción del futuro. Los participantes refieran que el tarot pueda conocer hechos y acontecimientos significativos de su futuro como un aumento de su nivel económico.

La medición de creencias en el tarot se realizará mediante el uso de la Encuesta Sobre Creencias en Métodos Adivinatorios, creada específicamente para la investigación. El cuestionario consta de 20 ítems además de un apartado de datos sociodemográficos. El registro de las respuestas de los 20 ítems se lleva a cabo siguiendo una escala de Likert de 5 puntos: 1 (Totalmente en desacuerdo); 2 (Parcialmente en desacuerdo); 3 (Ni en acuerdo ni desacuerdo); 4 (Parcialmente de acuerdo); 5 (Totalmente de acuerdo).

Variable Independiente:

Es posible distinguir dos niveles dentro de la variable independiente: aplicar o no aplicar la intervención.

La duración de la intervención, es decir del programa de manipulación, será de 2 meses y constará de un total de 8 sesiones. Tres de ellas consistirán en sesiones ficticias de tarot en la que se les hará creer que un tarotista es capaz de adivinar el pasado, presente y futuro de los sujetos. Dos sesiones se basarán en entrevistas a los diferentes sujetos del experimento. En una sesión se les presentará falsas investigaciones acerca de la veracidad del tarot. Otra sesión consistirá en un seminario impartido por una autoridad ficticia que les hablará de su experiencia con el tarot. Y una última sesión será una convivencia entre los sujetos.

Variables Extrañas:

VARIABLES como la procedencia de los participantes, tradiciones propias de su cultura, creencias de sus familiares.

Estas variables serán controladas haciendo una asignación aleatoria a los grupos control y experimental.

Procedimiento

Para la realización de este estudio se solicitará previamente una solicitud a la Universidad Miguel Hernández de Elche, indicando las necesidades así como el propósito del experimento. Una vez obtenido el permiso conveniente se procederá a la selección de la muestra. De manera inicial se reunirá a aquellos estudiantes de la universidad que acepten participar en el estudio y cumplan los siguientes requisitos de

inclusión: residentes en Elche, de entre 18 y 20 años de edad, sin trastornos ni psicopatologías. Se les impartirá la Escala Mejorada de Creencias Paranormales (Tobacyck, 2004) para evaluar las creencias de los posibles participantes, en base a los resultados serán candidatos solo aquellos que presenten niveles nulos en “creencias paranormales”. Teniendo en cuenta la criba realizada se seleccionará un total de 60 participantes. Se realizará una división en grupo control y grupo experimental por asignación aleatoria, se le repartirá al azar un número a cada participante y aquellos que tengan un número par formarán parte del grupo control mientras que los que tengan un número impar compondrán el grupo experimental. A los 30 participantes del grupo experimental se les dividirá en quince grupos, por asignación aleatoria de nuevo, sacando sus nombres de una lista al azar. De manera inicial se les explicará que la investigación pretende evaluar los conocimientos acerca de métodos adivinatorios, como el tarot, entre estudiantes universitarios.

Una vez establecidos los grupos y subgrupos se les impartirá la Encuesta Sobre Creencias en Métodos Adivinatorios, creada específicamente para el estudio, tanto al grupo control como al grupo experimental. En la siguiente sesión se citará a cada uno de los quince subgrupos del grupo experimental, estarán conformados por dos sujetos del experimento y seis compinches, de los cuales tres son miembros del equipo de investigación y tres son estudiantes de la universidad a los que se les ha solicitado la participación en el experimento colaborando como compinches. Es importante aclarar que los seis compinches serán los mismos en cada uno de los quince subgrupos. En la primera sesión se les hará una tirada de cartas del tarot en las que se les hablará de su pasado. A los sujetos se les adivinará conceptos generales y amplios de su pasado, conocidos gracias a una investigación previa de sus redes sociales y a los compinches se les adivinará hechos concretos que ellos mismos han ofrecido previamente al equipo de investigación.

Pasada una semana se reunirá a cada uno de los quince subgrupos para realizar la segunda sesión que consistirá en una entrevista de forma individual. Antes de la misma los sujetos tendrán tiempo para conversar con los componentes de su subgrupo, momento en el que los seis compinches tratarán de influir en los sujetos manifestando su opinión sobre la sesión anterior. La misma entrevista se realizará al grupo control. Esta sesión servirá para medir si ha habido alguna evolución respecto a las creencias obtenidas tras el primer cuestionario realizado.

En la tercera sesión, después de una semana, se mostrará a los sujetos una serie de investigaciones y estudios falsos relacionados con la eficacia del tarot. Se les hará creer que los estudios son científicos y han sido contrastados.

Una semana después se llevará a cabo la cuarta sesión en la que se realizará una segunda tirada del tarot describiendo situaciones del presente de los sujetos y de los compinches, además se les ofrecerá soluciones a sus problemas actuales. Se darán datos muy generales sobre sus relaciones personales y familiares, así como también respecto a estudios y ámbito laboral. En el caso de los compinches se les hablará sobre aspectos mucho más concretos que ellos mismos han aportado a la investigación previamente.

La quinta sesión se basará en un seminario impartido por un miembro del equipo de investigación que se hará pasar por una figura de autoridad ficticia. Les hablará de su supuesta experiencia personal con respecto a diferentes métodos adivinatorios, concretamente con el tarot, para así repercutir en las creencias de los sujetos.

La sexta sesión consistirá en otra entrevista de forma individual, organizada de la misma manera que la anterior; donde cada subgrupo tendrá tiempo para compartir su opinión y experiencias antes de la entrevista con la intencionalidad de influir en los sujetos. Igualmente servirá para evaluar si ha habido cambios o no y se realizará a grupo control y experimental.

La séptima sesión consistirá en una última lectura de cartas, esta vez se realizarán predicciones sobre el futuro. A los sujetos se les hablará en términos muy amplios y generales, mientras que a los compinches se les hablará de temas concretos.

Una semana más tarde, se llevará a cabo la octava sesión en la que se realizará una convivencia por subgrupos en las que hablarán y debatirán sobre lo ocurrido en las sesiones anteriores. Los compinches tratarán de influir y ejercer presión sobre los sujetos contando como para ellos todas las predicciones realizadas durante la investigación han sido acertadas. Expondrán cómo, pese a considerarse escépticos en el pasado, actualmente creen que el tarot es capaz de adivinar el pasado, conocer el presente, predecir el futuro y ofrecer soluciones a sus problemas.

Tras realizar las ocho sesiones se repartirá de nuevo al grupo control y al grupo experimental la Encuesta Sobre Creencias en Métodos Adivinatorios. De este modo se comprobará la eficacia de la intervención.

Una vez finalizado el programa de manipulación y comprobado su eficacia se reunirá a todos los sujetos del grupo experimental y se les explicará en qué ha consistido exactamente el experimento. Se les contará que en cada subgrupo ha habido siempre

seis compinches de los cuales tres son miembros del propio equipo de la investigación, así como la función que han llevado a cabo presionando a los sujetos. Se les explicará que las predicciones realizadas a los compinches se han basado en hechos y acontecimientos que ellos mismo ofrecieron previamente al equipo de investigación. Se les dirá que con anterioridad se obtuvo información de la vida de los sujetos a través de las redes sociales y esto, junto al hecho de hablar en términos muy generales, sirvió para hacer las predicciones. Se les explicará que las investigaciones que se mostraron en la tercera sesión eran ficticias y carecen de rigor científico, ya que ni tan siquiera se han llevado a cabo. Se les desvelará la identidad real del experto que impartió el seminario en la sexta sesión, quien contará que forma parte del equipo de investigadores y la información que ofreció fue falsa. Se expondrá como todo el estudio ha consistido en un programa de manipulación con el único propósito de hacerles creer en el tarot para demostrar cómo las pseudociencias y los supuestos métodos adivinatorios se basan precisamente en eso, en manipulaciones. De este modo el experimento trata de hacer ver como desde el escepticismo, y haciendo uso de la manipulación, se puede conseguir que estudiantes universitarios, carentes de creencias paranormales, lleguen a creer en métodos adivinatorios sin rigor ni explicación científica.

Tipo de diseño y estudio

El diseño de la investigación es experimental ya que se pretende contrastar hipótesis creando situaciones en la que es posible observar el efecto de una variable sobre otra, manipulando variables y analizando las consecuencias. El estudio es artificial porque se manipulará mediante el uso de compinches y controlando las condiciones. Además es longitudinal y prospectivo debido a que se realizarán varias medidas sobre la misma variable a lo largo del experimento.

Análisis de los datos

Los datos se codifican y analizan con el programa SPSS. Se llevarán a cabo análisis descriptivos en términos de Media, Desviación típica, Frecuencias, etc. Posteriormente para realizar la comparación entre el grupo control y el grupo experimental se utilizará la T de Student con un Nivel de Confianza de 95%.

Resultados esperables

- El programa de manipulación será eficaz para aumentar las creencias de que el tarot puede adivinar el pasado, debido a que en la primera sesión se hará una lectura de cartas en la que se hablará del pasado de los sujetos. Dichos datos serán obtenidos mediante investigaciones realizadas con anterioridad. Esta creencia aumentará además gracias a la presión social resultante del hecho de que a los compinches se les adivinará acontecimientos más concretos de su pasado que ellos mismos facilitarán a la investigación previamente.
- El programa de manipulación será eficaz para aumentar las creencias de que el tarot puede conocer la situación actual de las personas, debido a que en la cuarta sesión se hará una lectura de cartas en la que se hablará del presente de los sujetos en términos muy generales: aspectos relacionados con la pareja, los estudios, situación familiar y laboral. Al igual que en la sesión anterior, la influencia del grupo tendrá un papel relevante, las adivinaciones que se realizarán a los compinches serán muy precisas y acertadas. En añadido, los estudios ficticios sobre la eficacia del tarot servirán como argumentos de autoridad influyendo en las creencias de los sujetos.
- El programa de manipulación será eficaz para aumentar las creencias de que el tarot puede ofrecer soluciones para los problemas de la gente, debido a que en la cuarta sesión también se hará una lectura de cartas en la que se propondrán posibles soluciones a problemas triviales, generales y de fácil solución. Además, gracias al trabajo de los compinches y su intervención conversando con los sujetos en la segunda y quinta sesión aumentará dicha creencia, demostrando que sus problemas han sido solucionados gracias a los consejos y predicciones del tarot. Además, el seminario impartido por una figura de autoridad ficticia en la quinta sesión aumentará las creencias de los sujetos.
- El programa de manipulación será eficaz para aumentar las creencias de que el tarot puede predecir lo que va a pasar en el futuro, debido a que en la séptima sesión se realizará una lectura de cartas en la que se harán predicciones muy generales sobre el futuro y en la octava sesión, en la convivencia, los compinches explicarán a los sujetos que sus predicciones se han cumplido. Ya que el número de compinches supera al de sujetos estos ejercerán presión de grupo, generando en los participantes un aumento en las creencias del tarot y su poder adivinatorio.

Referencias

- Aarnio, K. y Lindeman, M. (2005). Paranormal beliefs, education, and thinking styles. *Personality and Individual Differences, 39* (7), 1227-1236.
- Armentia, J. (2002). Ciencia vs pseudociencias. *Mediatika. Cuadernos de Medios de Comunicación, 8*, 559-571.
- Broch, H. (2000). Save Our Science The Struggle for Reason at the University Astrology, parapsychology, and other” paranormal” phenomena are fashionable. Can we understand why? *Skeptical Inquirer, 24* (3), 34-39.
- Broch, H. (2007). *Magos, gurús y sabios. Una explicación sencilla de lo inexplicable*. Barcelona: Gedisa.
- Goldacre, B. (2011). *Mala ciencia: no te dejes engañar por curanderos, charlatanes y otros farsantes*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Kurtz, P. (1978) Is parapsychology a science? *En The Skeptical Inquirer, 3* (2) 14-23.
- MacDonald, W. L. (1995). The effects of religiosity and structural strain on reported paranormal experiences. *Journal for the Scientific Study of Religion, 34* (3), 366-376.
- Matas Blázquez, H. (2016) Un estudio de las creencias paranormales de los estudiantes de la Universidad de las Islas Baleares (UIB). *El escéptico, 44*, 44-47.
- Messer, W. S. y Griggs, R. A. (1989). Student belief and involvement in the paranormal and performance in introductory psychology. *Teaching of Psychology, 16* (4), 187-191.

- Randall, T. M. y Desrosiers, M. (1980). Measurement of supernatural belief: Sex differences and locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 44 (5), 493-498.
- Richman, H. y Bell C. (2012). Paranormal beliefs then and now. *North American Journal of Psychology*, 14 (1), 197-206.
- Roberts, M. y Seager, P. (1999). Predicting belief in paranormal phenomena: A comparison of conditional and probabilistic reasoning. *Applied Cognitive Psychology*, 13 (5), 443-450
- Sagan, C. y Udina, D. (1997). *El mundo y sus demonios*. Bogotá: Planeta.
- Shermer, M. (2009). *Por qué creemos en cosas raras: Pseudociencia, superstición y otras confusiones de nuestro tiempo* (2 ed.). Barcelona: Alba.
- Sutherland, S. (1996). *Irracionalidad: el enemigo interior*. Madrid: Alianza Editorial.
- Tobacyk, J., & Milford, G. (1983). Belief in paranormal phenomena: Assessment instrument development and implications for personality functioning. *Journal of personality and social psychology*, 44(5), 1029.
- Tobacyk, J. J. (2004). A revised paranormal belief scale. *International Journal of Transpersonal Studies*, 23 (1), 11.
- Williams, E., Francis, L. J. y Robbins, M. (2007). Personality and paranormal belief: A study among adolescents. *Pastoral Psychology*, 56 (1), 9-14.
- Wiseman, R. y Watt, C. (2004). Measuring superstitious belief: Why lucky charms matter. *Personality and Individual Differences*, 37 (8), 1533-1541.

