

***REVISTA DE FUNDAMENTOS DE
PSICOLOGÍA***
Volumen 12
2023

ÍNDICE

Factores que influyen en el aumento de la sintomatología en niños con Trastorno Autista de grado 1 durante el confinamiento	4
Efectividad de la terapia cognitivo-conductual sobre la dependencia a la marihuana en niños tutelados por el Estado	15
Factores relacionados con el pensamiento suicida en adolescentes de entre 13 y 20 años	26
Eficacia de la musicoterapia en pacientes con Trastorno del Espectro Autista	37
Análisis de la relación entre la conducta narcisista de las madres y el bienestar psicológico de sus hijos en la infancia	49
Influencia de las redes sociales en el trastorno dismórfico corporal	59
Uso del teléfono móvil temprano y desarrollo de habilidades psicosociales en niños y niñas de 5 y 6 años	69
Factores influyentes en la reinserción social de los presos	81
Relación entre el consumo de crack y el riesgo de cometer actos delictivos.	92
Eficacia de la intervención con actividad física en el tratamiento de trastorno de juego patológico	102
El bienestar psicológico de los familiares convivientes de personas con esquizofrenia	113

Factores que influyen en el aumento de la sintomatología en niños con Trastorno Autista de grado 1 durante el confinamiento

Lucía Cantero Navarro
Marta García Requena
Montserrat Llopis Ramón
Ismael Sanmartín Tamará
Mariola Seguí Medina

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo comprobar la relación entre permanecer en confinamiento con el agravamiento de la sintomatología en niños con trastorno del espectro autista de tipo 1. Para llevarlo a cabo, se ha seleccionado una muestra de 150 participantes con edades entre 7 y 12 años, los cuales actualmente se encuentran en diversos centros de día especiales para personas con TEA en la Comunidad Valenciana. A través de una serie de entrevistas que se han realizado a las familias de los sujetos, se han recogido los datos e información necesaria para determinar la influencia, así como la relación que tiene cada una de las variables. Los resultados obtenidos muestran que hay relación entre el aumento de síntomas y la presencia de otras variables durante el confinamiento, entre las que destacan los síntomas, la calidad de la enseñanza online, la realización de rutinas, calidad de terapia online y clima familiar.

INTRODUCCIÓN

“El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se define como la dificultad persistente en el desarrollo del proceso de socialización (interacción social y comunicación social), junto con un patrón restringido de conductas e intereses, dentro de lo cual se incluyen restricciones sensoriales”(American Psychiatric Association, 2014). Según el DSM-5, el TEA se encuentra en la categoría de Trastornos del Desarrollo Neurológicos. Dicha categoría, engloba aquellos trastornos ligados a la dificultad de adquisición de los distintos ámbitos del desarrollo (motor, cognitivo, social y lingüístico) (Thapar et al., 2017).

Con y sin pandemia, aquellos niños que padecen Trastorno Autista de grado 1 tienen dificultades generalizadas en tres áreas determinadas: interacción social, comunicación y repertorio de intereses estereotipados, es decir, la situación globalizada y extraordinaria de la pandemia de COVID-19 no ha causado sus síntomas, si no que posiblemente los ha agravado. Las manifestaciones sintomáticas más habituales de estos pacientes son las alteraciones en el lenguaje, además de en las rutinas de sueño y alimentación; el pobre contacto ocular, la pobre o nula comunicación afectiva, los movimientos estereotipados, e incluso la hiperactividad y la irritabilidad (Amorim et al., 2020).

Algunos de los primeros síntomas más frecuentes en las personas que padecen este trastorno son, entre otros, irritabilidad con conductas agresivas (tanto hacia sí mismos como también hacia los demás) por la apariencia de un posible cambio para el que no poseen un plan alternativo de respuesta. Así bien, desde la falta de sueño, la posible deambulación, una notable pérdida del apetito, llantos y hasta una larga serie de cuadros psicóticos donde se evaden de la realidad suelen ser algunas de las manifestaciones más frecuentes que se presentan (Amorim et al., 2020).

El Trastorno Autista de grado 1, el cual se tratará en este estudio, es uno de los más reconocidos dentro de los TEA. Fue en 1941 cuando fue denominado por primera vez como Autismo Infantil Precoz gracias a Leo Kanner.

Es propio de este tipo de autismo un déficit en el correcto desarrollo del lenguaje, el aislamiento social y el evitamiento del contacto visual. A su vez, realizan conductas extrañas y estereotipadas sin ninguna meta; además, no tienen la capacidad de expresar bien ni sus emociones ni sus intereses (López Díez, 2016).

La reciente y rápida propagación del SARS-CoV-2 en Wuhan, China, ha obligado de manera global a tomar una serie de estrictas medidas para frenar la expansión del virus

por todo el mundo, entre las que destaca el drástico confinamiento total de muchos países afectados, como el de España. Además de la importancia del trabajo sanitario para combatir la pandemia, hay muchos equipos científicos centrados en la importancia a la salud mental.

Cabe destacar que los niños con Autismo de grado 1 son un grupo altamente vulnerable ante esta situación, puesto que entre las variables más afectadas, sus rutinas diarias se ven alteradas y el clima familiar de su hogar también se puede ver perjudicado (Paredes, 2016).

No obstante, para algunas personas con Trastorno Autista de grado 1 el confinamiento no resultó estresante, por el contrario, disminuyó su ansiedad. Teniendo que estar en casa por obligación, no debían preocuparse por sus dificultades de interacción social, e incluso, al no tener que ir a sus centros educativos, no sufrieron situaciones de acoso o comentarios despectivos. El objetivo que se persigue con este estudio es determinar si existe un agravio o un aumento de los síntomas en personas que sufren Trastorno del Espectro Autista de grado 1 vista del confinamiento y sus factores derivados (Colizzi et al., 2020).

Para concluir, el presente estudio es realmente interesante para conocer las diferentes realidades que nos rodean. La sociedad al completo ha vivido un confinamiento total durante varios meses en el que se ha visto cohibida y reprimida en cuanto a libertades, todo por un objeto mayor, la salud colectiva. Esta investigación tiene como protagonista a niños con Autismo de Grado 1, pero se puede hablar de personas con Trastorno del Espectro Autista en general, cuando se dice que sufren una realidad mucho más complicada. Es por esto por lo que variables como el clima familiar, la realización de rutinas, los síntomas y la calidad de la enseñanza y terapia online, incluidas en este estudio, son de vital importancia para ver la repercusión que tienen en los niños con trastorno Autista de grado 1 y dar a conocer esta realidad.

OBJETIVOS

Pregunta problema:

¿Qué factores están relacionados con el aumento de la sintomatología en niños con Trastorno Autista de grado 1 durante el confinamiento?

Objetivo general:

Analizar los factores relacionados con el aumento de la sintomatología en niños con Trastorno Autista de grado 1 durante el confinamiento.

Objetivos específicos:

- Analizar la relación entre el aumento de sintomatología y la calidad de la enseñanza online en niños con Trastorno Autista de grado 1 durante el confinamiento.
- Analizar la relación entre el aumento de sintomatología y la realización de rutinas específicas en niños con Trastorno Autista de grado 1 durante el confinamiento.
- Analizar la relación entre el aumento de sintomatología y la calidad de terapias online en niños con Trastorno Autista de grado 1 durante el confinamiento.
- Analizar la relación entre el aumento de la sintomatología y el clima familiar en niños con Trastorno Autista de grado 1 durante el confinamiento.

Hipótesis:

- La baja calidad de las clases online aumentará los síntomas en niños con Trastorno Autista de grado 1 durante el confinamiento.
- La realización de rutinas específicas aumentará los síntomas en niños con Trastorno Autista de grado 1 durante el confinamiento.
- La baja calidad de las terapias online aumentará los síntomas en niños con Trastorno Autista de grado 1 durante el confinamiento.
- El clima familiar negativo aumentará los síntomas en niños con Trastorno Autista de grado 1 durante el confinamiento.

MÉTODO

Participantes

En cuanto a los criterios de inclusión, la muestra seleccionada constará de una cantidad de 150 sujetos diagnosticados con Trastorno Autista de grado 1, cuya edad se encuentre entre 7 y 12 años.

Deberán residir en la Comunidad Valenciana y ser procedentes de varios centros destinados a personas con TEA, como bien son APSA (Alicante), Centro de día Àngel Riviere (Valencia) o el Centro Cau de Castellón. Además, es necesario que asistan a terapia psicológica.

Variables e instrumentos

- Síntomas del Trastorno Autista de grado 1

Se entiende como síntoma la “manifestación reveladora de una enfermedad” (Real Academia Española, s.f., definición 1). En el caso del autismo, algunos de los síntomas que suelen aparecer con mayor frecuencia son, entre otros, la ausencia del lenguaje, evitación del contacto visual, apego no usual, ausencia de interacción social con el resto de personas o niños de su entorno, movimientos estereotipados, problemas al aceptar posibles cambios en en la realización de rutinas específicas, etc.

Un instrumento de gran utilidad para poder medir los síntomas es el uso del Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (ASSQ), este, fue presentado por Stephan Ehlers, Christopher Gillberg y Lorna Wing en su estudio *A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children* (Ehlers et al., s. f.). Dicho cuestionario se administra a chicos de 7 a 16 años de edad y presenta 27 ítems que se puntúan escogiendo entre las opciones No, Algo y Sí, asociadas a los valores numéricos de 0, 1 y 2 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 54. Los ítems se refieren a la interacción social, problemas de comunicación, conductas restrictivas y repetitivas, torpeza motora y diferentes tipos de posibles tics y las preguntas han sido extraídas del libro *Un acercamiento al síndrome de Asperger: Una guía teórica y práctica, publicado por la Federación Asperger España* (Artigas, 2008). Los autores investigan el alcance del instrumento para su uso en contextos clínicos. Se entrevista a padres y se pide que completen los ítems. En una primera aproximación puede afirmarse que una puntuación superior a 22 dada por los padres indicaría que tienen síntomas notables.

- Calidad de la enseñanza online

La calidad hace referencia a “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” (ASALE & RAE, s. f.-a). En este caso, referido a la enseñanza online a causa de las restricciones por el confinamiento, ya que la muestra no podía acudir de manera presencial.

Cuando se habla de calidad de la enseñanza online se hace referencia a la evaluación de cómo ha sido la calidad didáctica de la misma, en referencia a los contenidos adquiridos por el niño, así como la facilidad para acceder a la página o herramienta web desde donde se impartía la misma, el clima o ambiente de trabajo y la adaptabilidad de los profesores a la hora de amoldarse a las posibles dudas o dificultades que a los alumnos con este trastorno podría surgirle (Bellido Arroyo & Bellido Arroyo, 2020).

Un instrumento de utilidad para poder operativizar la variable de calidad sería a través de 4 ítems con respuesta comprendida entre 1, siendo pésimo, y 5, siendo muy bueno, de tal modo que los padres puedan así valorar cómo han percibido la calidad y el nivel de enseñanza que sus hijos han recibido durante el tiempo de confinamiento (ver anexo).

Una vez realizado el cuestionario, se procederá a sumar las respectivas puntuaciones. Valiendo cada una de las respuestas: *Pésimo*: 1 punto; *Malo*: 2 puntos; *Regular*: 3 puntos; *Bueno*: 4 puntos; *Muy bueno*: 5 puntos.

Por consiguiente, una puntuación de 1 viene a significar que la enseñanza de la calidad online ha sido pésima, mientras que puntuaciones de 4 o superiores confirman que la calidad recibida ha sido la idílica. Para medir si la calidad ha sido óptima, se sumará la puntuación de las diferentes preguntas. Si se obtiene una puntuación igual o superior a 10 estaríamos ante un caso de buena calidad; siendo 20 la puntuación máxima que indica una calidad muy óptima.

- *Realización de rutinas específicas*

Se entiende como la realización de los diferentes tipos de rutinas específicas (como por ejemplo, el tiempo de juego que algunos niños podrían llevar a cabo al aire libre) las cuales todo niño con trastorno del espectro autista tiene. Si estas se modifican, perturbarán los síntomas.

En cuanto al tipo de rutinas específicas, se puede hacer referencia a, por ejemplo, el tiempo de juego que algunos niños podrían llevar a cabo al aire libre, la disminución de las horas de paseo que los niños realizan en el exterior, la falta de colaboración en casa con las tareas del hogar o la falta de la realización de actividad física.

A la hora de operativizar la variable de realización de rutinas específicas, se elaborará una especie de listado de 4 rutinas con la finalidad de que los padres puntúen a través de una escala de frecuencia, entre nunca, casi nunca, a veces y siempre (ver anexo).

Una vez realizado el cuestionario, se procederá a sumar las respectivas puntuaciones y a hacer la media aritmética. Valiendo cada una de las respuestas: *Nunca*: 1 punto *Casi nunca*: 2 puntos *A veces*: 3 puntos *Siempre*: 4 puntos

De este modo, una puntuación baja o de 1, implica que el niño nunca realiza la rutina; mientras que la puntuación más alta, es decir, la de 4 puntos, implica que el niño realiza siempre la rutina.

- *Calidad de la terapia online*

Entendiéndose como la ayuda psicológica que reciben los niños con trastorno del espectro autista de manera online por causa de las restricciones del confinamiento.

A la hora de operativizar la variable de terapia online, se ha enfocado en la calidad de la misma. Para ello, se ha elaborado un pequeño cuestionario que consta de 4 preguntas con 4 niveles de satisfacción, para medir la satisfacción de los padres respecto a la terapia que recibieron sus hijos (ver anexo).

Una vez realizado el cuestionario, se procederá a sumar las respectivas puntuaciones y a hacer la media aritmética. Valiendo cada una de las respuestas: *Muy en desacuerdo*: 1 punto. *En desacuerdo*: 2 puntos. *De acuerdo*: 3 puntos. *Muy de acuerdo*: 4 puntos.

Tratándose de una buena calidad online cuantas mayores respuestas “Muy bueno” (5) se den de media.

- *Clima familiar.*

El clima familiar es el bienestar o malestar que resulta de la interacción entre los distintos miembros de la familia.

Así, se habla de clima familiar negativo cuando estas interacciones favorecen comportamientos egocéntricos, violentos, disruptivos o intolerantes en los miembros de la familia, de forma que interfieran en su bienestar, refiriéndose al producido a consecuencia de la convivencia prolongada en estado de confinamiento.

En cuanto al clima familiar positivo, este es entendido como una ausencia de comportamientos violentos o agresivos por parte de los padres o distintos miembros de la familia dentro del ambiente familiar, siendo el resultado por lo tanto de un clima agradable, pacífico y estable en el hogar.

Siendo operativizada como una variable dicotómica, esta puede ser organizada en dos modalidades: “clima familiar negativo” o “clima familiar positivo”.

A la hora de operativizar la variable de clima familiar, se ha decidido crear una única pregunta dicotómica, con opción de respuesta sí o no. De este modo, cuando se obtengan los resultados finales, se realizará una media de todas las respuestas, viéndose así si el número de ‘síes’ es mayor o inferior al número de ‘noes’ (ver anexo).

Procedimiento

A la hora de elaborar este estudio, los miembros del grupo acudirán a diversos centros de día destinados a personas con TEA de la Comunidad Valenciana (APSA, Àngel Riviere y Cau de Castellón). Un requisito para poder realizar la investigación será pedir de antemano los permisos pertinentes al director o coordinador del centro.

A continuación, se solicitará al director que nos proporcione una serie de expedientes que cumplan nuestros criterios de inclusión: tener entre 7 y 12 años, padecer Trastorno Autista de grado 1 y asistir a terapia psicológica para, de este modo, poder seleccionar la muestra y posteriormente contactar con las familias. Una vez seleccionada, se explicará a la familia el objetivo de este estudio además de la entrevista que se les realizará.

Además, cabe destacar que todo el personal que trabaja en el centro estará informado acerca de esta investigación.

A pesar de que el estudio se realizará después del confinamiento, es importante resaltar que todas las preguntas están basadas en la situación vivida antes y durante el confinamiento iniciado en el mes de marzo de 2020, en vista del estado de alarma provocado por la COVID-19.

A la hora de contactar con los padres de los pacientes con Trastorno Autista de grado 1, la entrevista se llevará a cabo de manera online, ya que, dadas la situación actual, es lo más sensato para evitar posibles contagios innecesarios. Para contactar con los padres de los alumnos a los que se pretende evaluar, se contactará con el director del centro pertinente, con el fin de que pueda facilitar el número de teléfono o cualquier vía de contacto para llegar a los padres.

Tipo de diseño y estudio

El diseño de investigación que se aplicará será el diseño observacional, concretamente correlacional. Este tipo de diseño tiene un uso meramente descriptivo y relacional entre variables, ya que no se manipulan y no se muestran relaciones de causalidad, sólo tendencias positivas o negativas. Lo único que se pretende hacer es medir o averiguar si existe relación entre factores o variables del confinamiento y el aumento de los síntomas en personas con Trastorno Autista de grado 1. Para añadir, dependiendo del lugar, este es un estudio de campo en un ambiente natural, ya que no se modifican las variables ni el entorno en el que se dan. El estudio que se empleará será longitudinal retrospectivo, ya que se tomarán dos medidas en el tiempo del mismo sujeto en un momento concreto de tiempo, específicamente antes y durante el confinamiento.

Análisis de datos

Una vez hecho el estudio, se realizará un análisis exhaustivo de los datos obtenidos en las entrevistas utilizando como herramienta el programa SPSS. Se recopilarán y organizarán los datos en base a todas las diferentes preguntas para hacer un análisis descriptivo de las variables.

En cuanto a la comparación de variables, se calculará la media de cada sujeto antes y después de haber experimentado los factores descritos que influyen negativamente en la sintomatología de su trastorno (Trastorno Autista de grado 1), para ver los cambios que en ella se efectúan durante el confinamiento y reafirmar los resultados esperados.

De una manera más técnica, se utilizará la distribución T de Student para comparar la puntuación de dos grupos en una o varias variables continuas, como los síntomas, así como también las correlaciones de Pearson.

Todos estos métodos de análisis serán usados porque tratamos con una muestra no excesivamente grande, además de emplear un nivel de confianza del 95%, con un margen de error del 0,05.

Resultados esperables

Los resultados esperables, tras el análisis de los datos recogidos en la entrevista realizada a las familias de los niños con Trastorno Autista de grado 1, se resumen principalmente en el hecho de que los síntomas aumentan durante el confinamiento iniciado en el pasado mes de marzo de 2020.

Respecto a la primera hipótesis planteada, el aumento de síntomas en personas con trastorno del espectro autista de grado 1 estará relacionada con la baja calidad de las

clases online que recibían estos niños durante la pandemia. Además, la ausencia de relación con sus profesores habituales y resto de compañeros del aula podría ser un factor relacionado con el aumento de los síntomas.

Respecto a la segunda hipótesis, el hecho de disminuir, modificar o incluso eliminar las rutinas propias que tiene cada niño con autismo, tras las restricciones por el confinamiento, puede que esté directamente relacionado con un aumento de sus síntomas.

En tercer lugar, es importante tener en cuenta que, ante la única posibilidad de ser las terapias de modalidad online, si estas implican una menor calidad, podría estar relacionado con un aumento de los síntomas. Por ende, una disminución en la calidad de las sesiones de terapia online impartidas en niños con trastorno del espectro podría estar relacionado directamente con el empeoramiento de los síntomas.

Para finalizar, cabe destacar cómo un clima familiar negativo podría acabar afectando negativamente al niño con Trastorno Autista de grado 1, teniendo este una relación directa con el aumento de síntomas del mismo en el momento del confinamiento.

Si el clima que los niños con trastornos del espectro autista encuentran en sus hogares no resulta agradable, o se hallan ante un ambiente estresante, podría repercutir o agravar los síntomas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (Ed.) (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. *American Psychiatric Publishing*.
- Amorim, R., Catarino, S., Miragaia, P., Ferreras, C., Viana, V., Guardiano, M. (2020). Impacto de la COVID-19 en niños con trastorno del espectro autista. *Revista de neurología*, 71(8), 285-291.
- Artigas, D. (2008). Un acercamiento al Síndrome de Asperger: Una guía teórica y práctica.
- ASALE, R.-, & RAE. (s. f.-a). *Calidad* | *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario.
- ASALE, R.-, & RAE. (s. f.). *Síntoma* | *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario.

- Bellido Arroyo, P. J., & Bellido Arroyo, P. J. (2020). *Guía didáctica para personas con TEA como respuesta a las necesidades educativas devenidas por el confinamiento del Covid-19* [Trabajo Fin de Grado].
- Colizzi, M., Sironi, E., Antonini, F., Ciceri, M. L., Bovo, C., & Zocante, L. (2020). Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey. *Brain Sciences, 10* (6).
- Ehlers, S., Gillberg, C., & Wing, L. (s. f.). A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. 13.
- López Díez, R. (2016). Las habilidades sociales en alumnos con trastorno del espectro autista de grado uno: Propuesta de intervención.
- Paredes, J. D. R. (2016). Propuesta de actuación para trabajar las rutinas diarias de un niño con trastorno del espectro autista (TEA) para mejorar su interacción dentro del aula. *IV Congreso Internacional de Investigación e Innovación en Educación Infantil y Primaria*.
- Thapar, A., Cooper, M., & Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *The Lancet. Psychiatry, 4*(4), 339-346.

Efectividad de la terapia cognitivo-conductual sobre la dependencia a la marihuana en niños tutelados por el Estado

Sergio Alfredo Carratalá Escudé
Sara Boukhari Terol
Josué López Pozo
José Luis Martín de León Juárez
Marta Pastor Carrillo
Ana Villena Laurí

Resumen

Ante la relación existente entre los niños y niñas institucionalizados y el posterior consumo de sustancias este estudio pretende evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en niños y niñas tutelados por el Estado sobre la dependencia a la marihuana. Para ello se han seleccionado a 60 niños y niñas de entre 8-12 años, residentes en los centros de acogida Nuevo Futuro y Lucentum de Alicante.

Para llevar a cabo este estudio experimental, se aplicará una terapia cognitivo-conductual al grupo experimental mientras se mantiene un grupo control alejado de los posibles efectos de variables extrañas que pudieran afectar al resultado de la investigación. Tras un seguimiento longitudinal durante 12 años se evaluará la dependencia al cannabis de dichos grupos experimentales.

Como resultado de esta investigación, se espera que la dependencia al cannabis se vea reducida en el grupo experimental en comparación con el grupo control.

Introducción

El presente trabajo pretende atender la realidad del colectivo de menores que se encuentran tutelados por la administración pública, a causa de situaciones de riesgo existentes dentro de su núcleo familiar de origen. Investigaciones sobre este perfil de niños y niñas revelan un déficit en aspectos como el comportamiento, las competencias psicosociales y el crecimiento y desarrollo frente a los menores que se encuentran en contextos familiares estables (Gamarra Quiroz et al., 2021).

Dentro del acogimiento residencial existen diversas tipologías en la Comunidad Valenciana, sin embargo en este estudio se ahondará en la situación de los menores que se encuentran en centros de acogida, comprendidos estos, según la Orden de 19 de junio del 2003, de la Conselleria de Bienestar Social en la Comunitat Valenciana, como “establecimientos abiertos de atención integral y carácter educativo para niños y adolescentes en situación de guarda y/o tutela, que se encuentren privados de un ambiente familiar idóneo, cuyo periodo de estancia será el que determine la resolución administrativa de la que derive su ingreso”.

En lo que respecta al consumo de marihuana en la adolescencia, existen factores sociales, interpersonales e individuales asociados con el inicio y la continuación del mismo (Villatoro Velázquez et al., 2017). Entre ellos se ha detectado la influencia de la escasez de estabilidad familiar y/o la institucionalización del menor, sobre el deseo y atracción de estos por el consumo de drogas (García-Aurrecoechea et al., 2008; Pedersen et al., 2022). Este deseo por el consumo de drogas es denominado en la jerga de la drogadicción como *craving*, siendo esta una característica fundamental en una dependencia (Chesa Vela et al., 2004).

En la actualidad, la marihuana continúa siendo en España la droga ilegal más consumida, según los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2015-2016. Según este estudio, en el 77% de los casos, el perfil del inicio en el consumo de esta droga corresponde a un hombre menor de 25 años. Al respecto, cabe resaltar que el 19% de la población española de entre 15-64 años tiene un perfil de usuario con un consumo problemático, es decir, correspondiente a un hombre menor de 25 años que fuma 3 porros de marihuana al día (*Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2014*, 2017). Por añadidura, la edad media de inicio en el consumo de esta sustancia psicoactiva entre jóvenes se da a los 15 años (*Plan Nacional sobre Drogas*, 2021).

La situación de riesgo en la que se encuentran los infantes tutelados por el Estado propicia que sean más vulnerables para llevar a cabo comportamientos de riesgo como lo es el consumo de marihuana. El hecho de un prematuro consumo de marihuana en la adolescencia, periodo de múltiples cambios físicos, emocionales y sociales, está asociado a un mayor riesgo de caer en otras dependencias y problemas durante la adultez, además de aumentar la predisposición de padecer problemas de salud mental (OMS, 2020, 2021).

Ante la actual problemática del prematuro inicio en el consumo de la marihuana, se plantea la necesidad de llevar a cabo una intervención preventiva de calidad para reducir la inclinación de los niños que han tenido que ser separados de su familia. Estudios similares apoyan la eficacia de la terapia cognitiva-conductual en preadolescentes, siendo estos niños y niñas de entre 8 y 12 años, de forma que se reduce la exposición a situaciones de riesgo, además de obtener un pronóstico positivo sobre el desarrollo de una mayor tolerancia al enfrentamiento de la realidad y mejora de las capacidades de resolución de problemas (Taboas et al., 1992.; Castrillón Osorio et al., 2018; Ledo et al., 2012).

Objetivos

Pregunta problema

¿Es eficaz la terapia cognitiva-conductual en niños y niñas que han residido en un centro de acogida para prevenir la dependencia a la marihuana?

Objetivo general

Evaluar la eficacia de la terapia cognitiva-conductual sobre la dependencia a la marihuana en niños y niñas que han residido en un centro de acogida.

Objetivos específicos

- Analizar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en niños y niñas que han residido en un centro de acogida sobre el número de porros diarios consumidos en la juventud.
- Estudiar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en niños y niñas que han residido en un centro de acogida sobre la edad en la que el niño o niña se inicia en el consumo de marihuana.
- Evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en niños y niñas que han residido en un centro de acogida sobre el nivel de craving en la juventud.

- Determinar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en niños y niñas que han residido en un centro de acogida sobre el nivel de dependencia a la marihuana en la juventud.

Hipótesis

- Si la terapia cognitiva-conductual es efectiva, entonces los niños y niñas que han residido en un centro de acogida no consumirán porros en los primeros años de juventud.
- Si la terapia cognitiva-conductual en niños y niñas que han residido en un centro de acogida es efectiva, entonces se retrasará la edad de inicio en el consumo de marihuana.
- Si la terapia cognitiva-conductual en niños y niñas que han residido en un centro de acogida es efectiva, entonces disminuirá el craving en la juventud.
- Si la terapia cognitiva-conductual en niños y niñas que han residido en un centro de acogida es efectiva, entonces la dependencia a la marihuana será menor.

Método

Participantes

Para la realización de este estudio se seleccionará como centro de acogida experimental la Asociación Nuevo Futuro, mientras que el control se llevará a cabo en el centro de acogida Lucentum, ambas con las mismas políticas de actuación y condiciones residenciales. Cabe destacar que ambos centros se encuentran localizados en Alicante, cuya provincia ha tenido 638 casos de acogimiento residencial en el año 2020, información proporcionada por la Generalitat Valenciana en el Informe Estadístico 2020 – Infancia y Adolescencia.

La muestra constará de un total de 60 niños, los cuales serán distribuidos de manera igualitaria en el grupo experimental y control según la pertenencia al centro de acogida. En el grupo experimental se hallarán 30 sujetos, a los cuales se les aplicará terapia cognitiva-conductual, a diferencia del grupo control, conformado por los 30 individuos restantes, donde se implementarán diferentes actividades recreativas.

Del mismo modo, se procurará conformar grupos homogéneos mediante una distribución aleatoria y seleccionando a la muestra de participantes teniendo en cuenta determinadas características.

Así pues, se considerarán a los niños y niñas que tengan una edad comprendida entre los 8 y los 12 años y que cuenten con un periodo de residencia en el centro

superior a un año, sin haber tenido contacto con familias adoptivas o la suya propia. Además, se deberá tener en cuenta que estos hayan adquirido un adecuado desarrollo cognitivo antes de empezar la intervención, de modo que sean capaces de participar activamente en las terapias psicoterapéuticas y en las actividades.

Por otro lado, será necesario excluir a los niños y niñas que hayan tenido o presenten contacto con el consumo de marihuana u otras sustancias psicoactivas, pues esta circunstancia pondría en peligro la interpretación de los resultados.

Variables e instrumentos

Variable independiente

Esta variable hace referencia a las sesiones de terapia cognitiva-conductual. Las condiciones experimentales que se llevarán a cabo en el estudio serán dos, por un lado, se determinará la presencia de terapia cognitiva-conductual en el grupo experimental y, por otro lado, se establecerá la ausencia de la misma variable en el grupo control, en el que se implementarán actividades recreativas durante el mismo periodo de tiempo que la terapia en el grupo experimental.

La terapia cognitiva-conductual en el grupo experimental se llevará a cabo a través de intervenciones individuales con una periodicidad semanal de 1 hora de duración, y grupales con una periodicidad mensual de 2 horas de duración, ambas durante un periodo de 12 meses. Lo anterior equivale aproximadamente a 48 sesiones individuales de 1 hora, y a 12 sesiones grupales de 2 horas. Las intervenciones individuales se centrarán en la reestructuración cognitiva y en la modificación de la conducta. En las intervenciones grupales se trabajará la prevención de recaída y la creación de comportamientos prosociales frente a actividades que fomentan el consumo de marihuana. Además, se llevará a cabo un seguimiento anual de ambos grupos durante los 12 años posteriores al año de tratamiento.

Variable dependiente

Las variables cuyos comportamientos se pretenden conocer hacen referencia a la edad de inicio de consumo, al nivel de craving durante la juventud, al número de porros fumados diariamente para que, finalmente, se pueda reconocer la dependencia a la marihuana tras los 12 años de seguimiento.

Para medir cada variable, se utilizará un instrumento distinto ajustado a sus características. En el caso de la dependencia a la marihuana, se aplicará la escala CAST (Legleye, Karila, Beck y Reynaud, 2007). Es una escala psicométrica formada por 6 ítems con las que se estimará el consumo problemático/no recreativo de la marihuana en cada usuario. Esta escala puede ir de 0 a 6 y, dependiendo de las respuestas obtenidas, se divide a los usuarios en tres grupos: Consumidores no problemáticos (0-1), consumidores con poco riesgo de problemático (2-3) y consumidores con alto riesgo de problemática (4 o más).

Con respecto al craving, el instrumento que se utilizará será el MCQ (Marijuana Craving Questionnaire), tratándose este de un autoinforme con 45 ítems que permite la evaluación de la intensidad del craving a la marihuana. Cada ítem se evalúa mediante una escala likert de 7 puntos, en función del grado de acuerdo o desacuerdo con las preguntas presentadas, encontrando 25 ítems directos y 20 ítems inversos (Bohórquez et al., 2021).

En cuanto al número de porros fumados diariamente y la edad de inicio de consumo, se emplearán autorregistros en los que se recogerá información sobre el consumo de marihuana, pudiendo revisar el modelo en el Anexo 1. Para el análisis de los resultados se aplicarán los datos expuestos en la introducción, considerando pues un consumo problemático el fumar 3 o más porros al día y un inicio de consumo en edades iguales o menores que 15 años.

Variables extrañas

Existen variables como la edad y el sexo de los sujetos de la muestra, cuyos efectos se procuran controlar mediante una asignación aleatoria de los grupos experimental y control y empleando un tamaño de la muestra medianamente numeroso, como lo son los 60 participantes requeridos, teniendo en cuenta que es costosa la accesibilidad a este tipo usuarios.

Al mismo tiempo, a la hora de medir las variables se tendrá en cuenta que la evaluación siempre se lleve a cabo en el mismo momento para todos los participantes y, naturalmente, con los mismos instrumentos.

Para controlar la mortandad muestral se tendrán en cuenta dos aspectos. Por un lado, que el tamaño muestral permita controlar la posible pérdida de sujetos en el caso de que fueran adoptados. Por ello, en el proceso de selección se escogerá una muestra de 70 menores, de los cuales 60 participarán en el estudio, y los otros 10 serán

candidatos para paliar una posible disminución de la muestra al principio del tratamiento.

Por otro lado, para evitar la pérdida de los sujetos durante los 12 años de seguimiento se mantendrá abierta una vía de comunicación mediante Gmail y, en el caso de que no dispongan de este recurso, se tramitaría a través de vía telefónica.

Variable para criterios de inclusión y exclusión

Con el fin de cribar la muestra acorde a los criterios de exclusión, se realizará a los niños una breve entrevista sobre el consumo de marihuana incluida en el Anexo 2. En cuanto a los criterios de inclusión, se llevará a cabo una prueba para evaluar que cuenten con un desarrollo cognitivo adecuado. La importancia de este criterio de inclusión radica en la necesidad de que los niños puedan beneficiarse al máximo de la terapia a través de la comprensión e interiorización colectiva de los temas tratados, pues dadas las características del estudio la adecuación individual de los contenidos resulta inviable.

El instrumento utilizado para medir esta variable será la Prueba General para la Evaluación del Desarrollo (EVADE). Este es aplicado para infantes y adolescentes entre los 6 y los 14 años de edad para conseguir identificar posibles alteraciones en diversos ámbitos del desarrollo.

Procedimiento

En primer lugar, haciendo referencia a la fase de autorización, se informará a los encargados directivos de ambos Centro de Acogida sobre el objetivo y procedimiento del estudio experimental y se solicitará la colaboración en conjunto con ambos centros para la selección de los participantes.

Seguidamente, para llevar a cabo la fase de selección de los participantes, se seleccionarán 30 menores de entre 8 y 12 años de forma aleatoria en cada uno de los centros, lo que sumará un total de 60 usuarios. Para ello, se seguirán los criterios de inclusión y exclusión anteriormente propuestos según los análisis realizados por el equipo de investigadores sobre la información pertinente de los niños y niñas facilitada por ambos centros. Asimismo, se informará verbalmente a los participantes y a sus tutores correspondientes del propio tratamiento y finalidad del mismo, solicitando además el consentimiento para utilizar anónimamente sus datos.

Respecto a la intervención en el grupo experimental, cabe comentar que se aplicará terapia cognitiva-conductual dividida en 48 sesiones individuales y 12 sesiones grupales distribuidas en 12 meses.

En estas sesiones se aplicarán diferentes técnicas, teniendo en cuenta las diversas problemáticas a resolver, como técnicas operantes para problemas de conducta, técnicas de exposición para la superación de miedos o ansiedades, técnicas de habilidades sociales para modificar ciertos comportamientos aprendidos, técnicas cognitivas para la gestión de las emociones ante situaciones de malestar o conductas perjudiciales, etc. Cabe resaltar que dicha intervención adaptará sus sesiones en base a dos programas ya establecidos, siendo estos el de M.^a C. Benedito Monleón (2009) y el de M. P. Cano García (2019).

Al mismo tiempo, la intervención terapéutica aplicada en el grupo control, se basará en diferentes actividades recreativas, como charlas de sensibilización sobre temas de interés, talleres de dibujo y de promoción de la salud, juegos cooperativos, etc. Esto se debe al hecho contrastado de que mediante el aprendizaje de nuevas actividades se contribuye al mantenimiento de la calidad de vida (Yerxa, 1998). Todas estas sesiones se realizarán de manera grupal 2 días a la semana durante los 12 meses, con 1 o 2 horas de duración aproximadamente, dependiendo de la tarea a desarrollar.

Una vez finalizado el periodo del tratamiento establecido se realizará un seguimiento a ambos grupos durante los 12 años posteriores al tratamiento. Este periodo de tiempo será el necesario para que los menores participantes en el estudio alcancen la edad comprendida entre los 21 y los 25 años, edad crítica en el inicio de consumo de drogas (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2014, 2017).

Cabe destacar que el seguimiento consistirá en evaluaciones individuales de carácter trienal.

En dichas evaluaciones se observará la evolución de las variables dependientes mediante la escala psicométrica CAST para la dependencia a la marihuana, el autoinforme MCQ para la intensidad del craving y los autorregistros para el número de porros fumados diariamente y la edad de inicio de consumo. Todas ellas supervisadas por los propios investigadores, que se desplazarán al centro de acogida hasta la mayoría de edad de los residentes. A partir de entonces, los investigadores deberán ponerse en contacto con los participantes vía email o telefónica, realizando el resto de las evaluaciones hasta finalizar el estudio a través de estos medios.

Tipo de diseño y estudio

El presente estudio cuenta con un diseño de investigación de tipo experimental, puesto que se pretende contrastar las hipótesis planteadas a partir de un escenario experimental en el que se llevará a cabo una manipulación de las variables.

De este modo, se podrá conocer la causalidad de las variables y dar una explicación al comportamiento de las mismas.

El estudio empleado será longitudinal dado que se medirán las mismas variables con los mismos participantes, haciendo uso de los instrumentos indicados, a lo largo del tiempo. A su vez, este será de tipo prospectivo, pues se pretende analizar la evolución y cambio de las variables en el futuro, teniendo en cuenta las medidas anteriormente comentadas, aplicadas a la evaluación pretratamiento y postratamiento.

Análisis de datos

En este proceso se recogerán los datos procedentes de la escala psicométrica CAST de los grupos experimental y control, y se llevará a cabo su análisis con el programa de estadística SPSS. Se llevará a cabo una contrastación de medias con distribución t de student con un nivel de confianza del 95%. Empleando los datos de los grupos control y experimental se realizará un análisis intergrupar en el que se examinarán las diferencias y semejanzas entre ambos grupos.

Resultados esperables

En base a las hipótesis planteadas, se podrá esperar que la presencia de terapia cognitivo conductual ayudará a que niños que residen en centros de acogida en un futuro no sean dependientes de la marihuana.

Dicha terapia conseguirá que los niños que la recibieron no sean consumidores de marihuana en un futuro. Asimismo, según lo previsto, la mayoría del grupo que ha recibido esta terapia nunca llegará a iniciarse en el consumo de marihuana y, en el caso de que algún miembro del grupo llegase a consumir, el craving sería muy pequeño o nulo, debido a que, enseñándoles a gestionar sus emociones y asentando unas bases de autocontrol y autoconocimiento no se evadirán de sus emociones y realidad mediante los porros. En esta línea, por último, se pronostica una menor o nula dependencia a la marihuana en el grupo que ha recibido la terapia y que, por ende, se vea reducido el número consumido de porros.

Referencias

- Benedito Monleón, M^a. C. (2009). Identificación y manejo psicológico de problemas mentales en adolescentes. *Revista Española de Pediatría Clínica e Investigación, Volumen (2)*, 90-146. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatría/2009/REP%2065-2.pdf#page=27>
- Bohórquez Borda, D., Caputo Rivera, D. A., & González Zapata, J. (2021). Adaptación cultural del Cuestionario de Deseo de Marihuana (MCQ-12) para población colombiana. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología, 21(1)*, 1–9. <https://doi.org/10.18270/chps.v21i1.3534>
- Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia.* (2020). 2021, 191.
- Cano García, M. P. (2019). *Programa de Intervención Cognitivo Conductual dirigido a adolescentes adictos al cannabis*. Universidad de Jaén.
- Castrillón Osorio, L. C., Carmona Villada, D., Hidalgo Cossio, C., & Vásquez Lopera, C. M. (2018). *Evaluación de cambio en psicoterapia con niños institucionalizados*.
- Chesa Vela, D., Elías Abadías, M., Fernández Vidal, E., Izquierdo Munuera, E., & Sitjas Carvacho, M. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 89*, 93-112.
- Comunidad Valenciana «Orden de 19 de junio de 2003, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula la tipología y condiciones materiales y de funcionamiento de los Centros de Protección de Menores, en la Comunitat Valenciana». DOGV, núm. 4532 (27 junio 2003).
- Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2014.* (2017). 69.
- Gamarra Quiroz, P. M., Díaz Manchay, R. J., Rodríguez Cruz, L. D., Tejada Muñoz, S., Cervera Vallejos, M. F., Banda Pérez, A. D. J., Huyhua Gutiérrez, S. C., Gamarra Quiroz, P. M., Díaz Manchay, R. J., Rodríguez Cruz, L. D., Tejada Muñoz, S., Cervera Vallejos, M. F., Banda Pérez, A. D. J., & Huyhua Gutiérrez, S. C. (2021). Cuidado a los adolescentes institucionalizados: Perspectiva de las madres cuidadoras. *Ciencia y enfermería, 27*.
- García-Aurrecoechea, R., Rodríguez-Kuri, S. E., & Córdova Alcaraz, A. (2008). Factores motivacionales protectores de la depresión y el consumo de drogas. *Salud mental, 31(6)*, 453-459.
- Generalitat Valenciana, Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad i Polítiques Inclusives. *Informe estadístico 2020-Infancia y juventud.* (2020).

- Ledo, I. C., González, H. I. L., & Barroso, A. A. R. (2012). Psicoterapia Conductual en niños: Estrategia terapéutica de primer orden. *Norte de Salud Mental, 10*(43), p. 30-36.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.* (2021), p. 243.
- OMS. (2020). *Salud del adolescente y el joven adulto*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- OMS. (2021). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pedersen, W., Moffitt, T. E., & von Soest, T. (2022). Privileged background protects against drug charges: A long-term population-based longitudinal study. *International Journal of Drug Policy, 100*, 103491. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103491>
- Villatoro Velázquez, J. A., Bustos Gamiño, M. N., Fregoso Ito, D. A., Fleiz Bautista, C., Gutiérrez López, M. de L., Amador Buenabad, N. G., Medina-Mora Icaza, M. E., Villatoro Velázquez, J. A., Bustos Gamiño, M. N., Fregoso Ito, D. A., Fleiz Bautista, C., Gutiérrez López, M. de L., Amador Buenabad, N. G., & Medina-Mora Icaza, M. E. (2017). Contextual factors associated with marijuana use in school population. *Salud Mental, 40*(3), 93-102. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.012>
- Yerxa, E. J. (1998). Health and the Human Spirit for Occupation. *The American Journal of Occupational Therapy, 52*(6), 412-418. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.6.412>

Factores relacionados con el pensamiento suicida en adolescentes de entre 13 y 20 años

Rebeca Díez Esclapés
Sonia Faz Garcia
Laura Fernández Portugués
Celia Romero Bleda
Aitana Sánchez Vidal

Resumen

El suicidio en España aumenta cada vez más afectando principalmente a los adolescentes. El objetivo de este estudio es conocer la relación del pensamiento suicida en adolescentes con distintas variables. Las variables a tener en cuenta son estrés, conflictos familiares, traumas de la infancia, bullying y la calidad de las amistades. Se les proporcionarán varios cuestionarios para corroborar las hipótesis de este estudio.

Para llevar a cabo este estudio se recogerán datos de 200 adolescentes de entre 13 y 20 años en institutos y universidades públicas de la provincia de Alicante. Los participantes asistirán a una previa reunión donde se les explicará la consistencia de los cuestionarios, pero sin revelar demasiados detalles del estudio para no condicionar las respuestas dadas.

Introducción

Actualmente, el pensamiento suicida se ha convertido en uno de los principales problemas entre los adolescentes a nivel mundial. El incremento de las tasas de suicidio entre los adolescentes ha provocado que el acto suicida se considere una de entre las tres principales causas de mortalidad juvenil. Siendo en España la principal causa de muerte en los jóvenes, incluso por delante de los accidentes de tráfico. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), las defunciones por causa de suicidios han ido aumentando tras los últimos años exponencialmente. El pensamiento suicida en adolescentes que se interpreta según Brazier (2021) como el conjunto de todos aquellos actos o pensamientos para planear el suicidio, sin incluir el acto final, por lo que el pensamiento suicida abarca las primeras ideas, la preparación y los intentos de este. Se caracteriza por ser más frecuente en la adolescencia media, entre los 16 y 18 años. Los factores influyentes de este acto intencionado son individuales, familiares y sociales. (Vargas & Saavedra, 2012).

Entre los factores individuales destacan los accidentes ocurridos en acontecimientos inesperados, como por ejemplo un accidente de tráfico o pérdidas de seres queridos entre otros. Estos sucesos suelen derivar en traumas hacia la persona que los sufre y por eso es un factor de riesgo para el pensamiento suicida. Además, los trastornos mentales también son muy frecuentes entre los sujetos con pensamiento suicida. El estrés entre otros se considera un factor de riesgo individual que afecta gravemente a la salud mental, produciendo en los sujetos un mayor pensamiento suicida.

Por otro lado, los factores familiares también son de gran relevancia al analizar las razones del pensamiento suicida. Las causas de esto pueden deberse a las relaciones familiares y comunicación, estructura familiar (ausencia de padre o madre) y salud mental o física de los miembros (los adolescentes con padres con consumo problemático de alcohol o en dependencia de las drogas tienen un índice más elevado de ideación o acto suicida). (Evans et al., 2004).

Además, otro de los factores influyentes en la ideación suicida son los sociales, como la exposición de desafíos y retos suicidas en redes sociales y medios de comunicación (Gaptain, 2021). También cabría destacar sobre todo como factor social el bullying que además ahora, con la introducción de las tecnologías, especialmente en la vida de los adolescentes, se encuentra otra forma de realizar bullying a través de las redes sociales el ciberbullying. Este es un comportamiento que se realiza repetidamente por un alumno a otro tanto fuera como dentro del aula, por el que se ataca verbal o

físicamente con el objetivo de intimidar a la víctima y que el agresor obtenga un reconocimiento de dominante por parte de otros compañeros (Herrera-López et al., 2018).

Dado que las variables anteriormente mencionadas son muy frecuentes en el desarrollo de los adolescentes y abarcan cada uno de los factores (social, individual y familiar) en este estudio, se relacionarán con el pensamiento suicida. Tienen gran influencia en el desarrollo del adolescente y cualquier influencia no normativa que le suceda a una persona, especialmente si se encuentra en la búsqueda de su identidad como los adolescentes, puede alterar por completo su ciclo vital. (Silva, 2007).

Objetivos:

Pregunta problema:

- ¿Qué factores se relacionan con los pensamientos suicidas de adolescentes entre 13 y 20 años?

Objetivo general:

- Analizar los factores que se relacionan con el pensamiento suicida de adolescentes entre 13 y 20 años.

Objetivos específicos:

- Analizar la relación de los traumas en la infancia con el pensamiento suicida de adolescentes de 13 y 20 años.
- Analizar la relación del estrés con el pensamiento suicida de adolescentes entre 13 y 20 años.
- Analizar la relación de la gravedad de los conflictos familiares con el pensamiento suicida de los adolescentes de 13 y 20 años.
- Analizar la relación de la gravedad del bullying con el pensamiento suicida de los adolescentes de 13 y 20 años.
- Analizar la relación de la calidad de las amistades entre iguales con el pensamiento suicida de los adolescentes entre 13 y 20 años.

Hipótesis:

- El nivel gravedad de traumas en la infancia se relacionará con mayores pensamientos suicidas en adolescentes entre 13 y 20 años.

- Un mayor nivel de estrés se relacionará con mayores pensamientos suicidas en adolescentes entre 13 y 20 años.
- Una mayor gravedad de conflictos familiares se relacionará con mayores pensamientos suicidas en adolescentes entre 13 y 20 años.
- Una mayor gravedad del bullying se relacionará con mayores pensamientos suicidas en adolescentes entre 13 y 20 años.
- La mala calidad de las amistades se relacionará con mayores pensamientos suicidas en adolescentes entre 13 y 20 años.

Método

Participantes

Se recogen los datos de un grupo de alumnos de institutos y universidades públicas, que cumplan el rango de edad de entre 13 y 20 años de la provincia de Alicante. La muestra constará de 200 sujetos elegidos al azar, de los que saldrán 50 de cada centro.

El único criterio de inclusión que se requiere para que los participantes puedan formar parte de la investigación es que sean alumnos de entre 13 y 20 años. En cuanto a los criterios de exclusión no se ha requerido ninguno ya que se considera que ninguna característica de los sujetos, no propuestas en los criterios de inclusión, pueda alterar las variables planteadas para la investigación.

La recogida de la muestra se realizará en I.E.S. Cabo de las Huertas y el I.E.S. Miguel Hernández y respecto a las universidades se ha escogido la Universidad Miguel Hernández (Elche) y la Universidad de Alicante.

Variables e instrumentos

Pensamiento suicida: la idea suicida, se refiere a pensar o planear un suicidio. Los pensamientos pueden ir desde crear un plan detallado hasta tener una consideración pasajera. No incluye el acto final del suicidio. Esta variable se medirá usando la Escala de Ideación Suicida (SSI) (Rodríguez-Pulido & González de Rivera, 2000), contiene 19 ítems y la escala de medida es del 0 al 2, siendo el 0 inexistencia de pensamiento suicida, el 1 posible y el 2 la existencia de pensamiento suicida.

Traumas en la infancia: es un evento emocionalmente doloroso o angustiante que experimenta un adolescente, y que a menudo resulta en efectos duraderos mentales y físicos (Sarmiento, 2020). Para evaluar esta variable se utilizará la Escala de Horowitz

(Horowitz, 2011), dónde se examina el nivel de gravedad que presenta el sujeto con el trauma, si lo hay. Consta de 43 preguntas en las que se explican síntomas propios de una persona con traumas, en la que deberá responder con una escala del 0 (no presente) al 5 (máximo). Una mayor puntuación significa una mayor gravedad en los traumas de la infancia mientras que una puntuación nula significará la inexistencia de traumas en el sujeto.

Conflictos familiares: es una disputa entre uno, varios, o todos los miembros de una unidad familiar (Ortega, 2015). El instrumento que se empleará para medir esta variable será Escala de Conflicto Familiar - Evaluación (Touliatos et al., 2001). Valora el nivel de conflicto en la familia y el grado al que está sometido el joven. Consta de 20 ítems medidos mediante escala Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre). Los sujetos que obtengan puntuaciones altas en la escala de Likert tendrán mayor gravedad de conflictos familiares.

Estrés: sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que le haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso. El estrés es la reacción de su cuerpo a un desafío o demanda (Pereira & Galaz, 2005). El instrumento que se utilizará para medir el estrés es la Escala de Estrés Percibido (Campo-Arias et al., 2015) que mide la percepción de estrés psicológico, la medida en que las situaciones de la vida cotidiana se aprecian como estresantes. La escala brinda de 10 ítems y de 5 opciones de respuesta desde “nunca” correspondiente a 0 hasta “muy a menudo” que es el 4.

Bullying: “es aquel comportamiento de persecución u hostigamiento que tiene un alumno hacia otro, este puede ser de carácter físico o psicológico, se realiza constantemente y se mantiene con el tiempo” (Yirda, 2021). Se utilizará como instrumento el cuestionario para la exploración del bullying (Gómez & Dipp, 2011) es un instrumento para la evaluación de la “dinámica bullying” entre escolares, basado en la técnica del sociograma. Con esta escala se pretende valorar conseguir información precisa sobre el lugar, la magnitud, la frecuencia y el nivel de gravedad que le atribuyen los propios escolares. La escala contiene 70 ítems dónde la escala con la que se mide tiene cinco categorías de respuesta desde nunca (1) hasta siempre (5). La puntuación total se dividirá en baja, media o alta dependiendo de la gravedad. Con el promedio de la puntuación total, se utilizará un baremo que nos dirá si está entre 1-1.6 será baja, entre 1.7-3.3 media y entre 3.4-5 alta.

La calidad de las amistades: la amistad entre iguales está basada en la construcción de grupos de pares o amigos, quienes se convierten en un elemento fundamental para el desarrollo de las competencias sociales, fundamentales para el crecimiento personal y el desarrollo de la autoestima (Bohórquez & Rodríguez, 2015). Esta variable se medirá con la Escala de Calidad de la Amistad (Rodríguez et al., 2015), se trata de una escala en la que el sujeto deberá antes de realizarla nombrar a su amigo más cercano, género y si se encuentra en el mismo curso que él. Consta de 33 ítems en los que se presentan 4 alternativas de respuesta siendo 1 (totalmente desacuerdo) y 4 (totalmente de acuerdo). Se organiza en 5 dimensiones que son compañerismo, balance, ayuda, seguridad y proximidad. Por lo tanto, a mayor puntuación de los resultados mayor calidad de la amistad entre iguales. Por el contrario, a menor puntuación a menor calidad de amistad.

Procedimiento

Se comunicará a los respectivos institutos, I.E.S. Miguel Hernández e I.E.S. Cabo de las

Huertas y a las universidades Miguel Hernández y Alicante la realización del estudio y la recogida de datos de los estudiantes, de entre 13 y 20 años, que se realizará con el permiso del equipo directivo y el profesorado. Los datos recogidos serán anónimos y también contarán con el consentimiento del alumnado y/o tutores legales.

Se seleccionarán a 50 personas aleatoriamente, se realizará un sorteo a través de una página web que mostrará 10 números elegidos al azar. Los números que salgan corresponderá a los números asignados a la lista de cada clase de cada centro, desde el 1 hasta el último número que haya. Este método de selección aleatoria se hará igual para los cuatro centros. En el caso de los institutos participarán 10 personas de cada curso, partiendo desde 2º de la E.S.O hasta 2º de bachillerato; mientras que en las universidades lo harán aquellos alumnos hasta 3º curso, que se encuentren en la franja de edad marcada.

Se participará de forma voluntaria, es decir, se informará del estudio y todos aquellos que quieran participar acudirán a las salas de informática previamente reservadas. En el caso de que alguno de los participantes aleatorios no quisiera participar, se repetirá el proceso de selección aleatoria.

Se les realizará una reunión previa donde contestarán un formulario con preguntas sociodemográficas y a parte se les explicará en qué consiste el cuestionario que

rellenarán posteriormente. El instrumento de medida al realizarse de forma telemática con la plataforma formularios de Google se llevará a cabo en las aulas informáticas de los institutos, para que puedan realizarlo a través de los ordenadores y en el caso de las universidades se podrá hacer desde cualquier aula ya que sólo necesitarán su dispositivo móvil. Estarán supervisadas por los tutores de los alumnos en el caso de los institutos y por las organizadoras del estudio en las universidades, aunque en ambos institutos habrá al menos una para supervisar el correcto funcionamiento del estudio. Los participantes dispondrán de una hora aproximadamente, la duración de una clase.

Una vez finalizadas las pruebas, se les aportará una explicación más concreta acerca del objetivo de la investigación y del estudio en sí. De esta manera se evitará que las respuestas se vean condicionadas. Al finalizar la investigación se les ofrecerá a los participantes la posibilidad de conocer sus resultados en cada uno de los cuestionarios.

Tipo de diseño y estudio

El diseño es correlacional, ya que se pretende observar una relación entre variables que son: conflictos familiares, bullying, traumas de la infancia, calidad de las amistades entre iguales y estrés con la variable del pensamiento suicida. Asimismo, no se muestra una relación de causa-efecto.

Se trata de un estudio transversal, debido a que los datos sólo se recogen una única vez en un tiempo determinado. La investigación corresponde con un estudio de campo puesto que las variables no son modificadas y se trabajará en un ambiente natural, es decir, en el entorno natural de los participantes.

Análisis de los datos

Una vez finalizada la recogida de datos del estudio, los datos pasarán a ser analizados y contrastados mediante el paquete estadístico, Jamovi. Con este se realizará un análisis descriptivo de los resultados de la muestra, de manera que se estudiará la media, la desviación típica y los porcentajes. Finalmente se hará una comparación entre los distintos datos obtenidos empleando la χ^2 Cuadrada cuando estemos antes dos variables categóricas, pensamiento suicida y bullying. Mientras que, cuando se trate de comparar una variable cuantitativa y otra cualitativa con más de 2 categorías, se empleará un ANOVA. En este se encontraría la variable de pensamiento suicida con el de estrés, traumas de la infancia, conflicto entre iguales y calidad de las amistades. El nivel de confianza de estos estadísticos es del 95%.

Resultados esperables

Una vez llevado a cabo el análisis de datos, los resultados esperables serían los siguientes:

La primera hipótesis pretende evaluar que a mayor gravedad de traumas de la infancia mayor es la probabilidad de que un adolescente tenga pensamientos suicidas. Un joven que ha vivido experiencias dolorosas y angustiosas en la niñez desarrollará sentimientos de dependencia en la adolescencia, los cuales podrán ocasionar secuelas como la necesidad de aprobación, la falta de control emocional o el miedo a la soledad. El incremento de pensamientos suicidas en el adolescente se verá incrementado por el dolor y gravedad de los traumas que fueron desarrollados en la niñez.

En cuanto a la segunda hipótesis, se podría afirmar que si los resultados son bajos, es decir, nunca o casi nunca (ya que está evaluado categóricamente) el adolescente se siente estresado en su vida cotidiana, y a pesar de considerarse un nivel de estrés poco normativo su grado será mínimo, y por tanto las probabilidades de pensamientos suicidas serán bajas, en cambio si el adolescente presenta resultados de que muy a menudo siente estrés en su vida diaria, habrá una probabilidad más alta de pensamientos suicidas producidos.

La tercera hipótesis podría confirmar que cuanto mayor sea la gravedad de conflictos familiares más alta será la probabilidad de que un adolescente tenga pensamientos suicidas. Esto se debería a que el adolescente se vería sobrepasado por esta situación, independientemente del por qué de la situación, es decir, bien sea que el conflicto se dirige de sus padres hacia él o bien entre los propios padres o cualquier otro familiar. El adolescente no sabría cómo afrontar esa situación y al no encontrar remedio o solución, podría ser más alta la probabilidad de pensamientos suicidas.

Con respecto a la cuarta hipótesis, se podría confirmar la gravedad del bullying que sufre el sujeto. Esta hipótesis confirmaría que, a mayor magnitud de acoso escolar sufrido por el adolescente, mayor será la probabilidad de que desarrolle ideaciones suicidas. En cuanto a una persona que sufre bullying, hay una mayor probabilidad de que cuanto más frecuentes sean los abusos y más se vayan agravando, los pensamientos suicidas serán cada vez más frecuentes también e incluso puede llegar a tentativas de suicidio al no poder parar la situación ni tener control sobre ella. Si el adolescente sufre bullying en menor gravedad la probabilidad de los pensamientos suicidas será media.

Sin embargo, si el sujeto no sufre bullying, la probabilidad de tener pensamientos suicidas podrá ser baja o nula.

Haciendo referencia a la quinta hipótesis, se podría decir que una mala calidad de las amistades entre iguales donde solo una de las partes es beneficiada y la otra sale perjudicada estaría relacionada con mayor pensamientos suicidas. Una escasa confianza, seguridad, la sensación de falta de apoyo y la falta de reciprocidad con un amigo podría afectar al bienestar emocional y a una mayor probabilidad de estos pensamientos suicidas al no saber cómo solucionar la situación o salir de ella. Por el contrario, los adolescentes con una buena calidad en la relación entre iguales desarrollaran en menor medida pensamientos suicidas.

Referencias

- Bohórquez López, C., & Rodríguez Cárdenas, D. E. (2015). Percepción de Amistad en Adolescentes: El Papel de las Redes Sociales. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2). <https://doi.org/10.15446/rcp.v23n2.37359>
- Brazier, Y. (2021). *Pensamientos suicidas: Síntomas, causas, prevención y recursos*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/ideacion-suicida>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2015). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 407-413. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43735>
- Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad(7947)*. (2020.). INE. Recuperado 17 de enero de 2022, de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#!tabs-gráfico>
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 957-979. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005>
- Gaptain. (2021, junio 1). Retos virales, uno de los mayores peligros en internet para niños. *Blog Educación y Bienestar digital*. <https://gaptain.com/blog/retos-virales-peligros-en-internet/>
- Gómez, M. A. E., & Dipp, A. J. (2011). Cuestionario para la exploración del bullying. *Visión Educativa IUNAES*, 5(11), 45-49. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4034505>

- Herrera-López, M., Romera, E. M., Ortega-Ruiz, R., Herrera-López, M., Romera, E. M., & Ortega-Ruiz, R. (2018). *Bullying y Cyberbullying en Latinoamérica. Un estudio bibliométrico. Revista mexicana de investigación educativa*, 23(76), 125-155. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-66662018000100125&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Horowitz. (2011). *ESCALA PARA EVALUAR EL TRAUMA PSICOLÓGICO – Asociación Española del Trauma Psicológico*. <https://aetps.es/escala-para-evaluar-el-trauma-psicologico/>
- Ortega, S. (2015). *Adolescentes con TDAH: conflictos familiares*. <http://www.fundacioncadah.org/web/printPDF.php?idweb=1&account=j289eghfd7511986&contenido=adolescentes-con-tdah-conflictos-familiares->
- Pereira, M. G. S., & Galaz, M. M. F. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 221-230. <https://doi.org/10.25009/pys.v15i2.806>
- Rodríguez, L. M., Resett, S. A., Grinóvero, M. M. P., & Moreno, J. E. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Calidad de la Amistad en español. *Anuario de Psicología*, 45, 17. https://www.researchgate.net/publication/285598602_Propiedades_psicometricas_de_la_Escala_de_Calidad_de_la_Amistad_en_espanol
- Rodríguez-Pulido, F., & González de Rivera, F. (2000). *Ficha técnica del instrumento*. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=106>
- Sarmiento, S. (2020, febrero 6). Las consecuencias de trauma de la infancia y la vida adulta. *Psicología Madrid CEPSIM*. <https://www.psicologiamadrid.es/cuando-los-ninos-sufren-consecuencias-del-trauma-en-la-infancia/>
- Silva, I. (2007, diciembre 8). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Injuve, Instituto de la Juventud. <http://www.injuve.es/observatorio/familia-pareja-e-igualdad-de-genero/la-adolescencia-y-su-interrelacion-con-el-entorno>
- Touliatos, J., Perlmutter, B. F., Straus, M. A., & Holden, G. W. (2001). *Instrumentos de evaluación · Escala de Conflicto Familiar*. https://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-guraeva/es/contenidos/informacion/evaluacion/es_conflic/conflicto_familiar.htm

Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(1), 19-19.

<https://doi.org/10.20453/rmp.v75i1.1539>

Yirda, A. (2021). ¿Qué es el Bullying? » Su Definición y Significado 2021. *Concepto de - Definición de*. <https://conceptodefinicion.de/bullying/>

Eficacia de la musicoterapia en pacientes con Trastorno del Espectro Autista

Álvaro Bonilla Moya

Miguel Farach Gaubert

Pedro Giner Ivorra

Mari Cruz Herrera Armijos

Daria Korneyko

Lucía Quiñonero Fernández

RESUMEN

El objetivo de este estudio experimental consiste en analizar la eficacia de la musicoterapia en pacientes con Trastorno del Espectro Autista de primer grado. Como muestra se escogerán 60 sujetos de clínicas o asociaciones de Alicante, ASPALI, ALINUR y AdíTEA, con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años. Además, deberán seguir el mismo tratamiento psicológico independiente al del estudio. Se dividirán en un grupo control, que no recibirá la musicoterapia; y un grupo experimental, que sí se verá sometido a dicho tratamiento. Asimismo, se medirá la evolución de los pacientes en función de distintos síntomas del trastorno, mediante su evaluación antes y después de la aplicación del tratamiento, siendo estos la psicomotricidad, el control de la frustración, las habilidades comunicativas y la hiperactividad.

Introducción

En su último acercamiento al Trastorno del Espectro Autista –o por sus siglas, TEA–, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo definió como un conjunto de afecciones caracterizadas por un cierto grado de dificultad en la comunicación y la interacción social (OMS, 2021). Clasificado por el DSM V (American Psychiatric Association [APA], 2013) y el CIE-11 (OMS, 2019) como un trastorno del desarrollo neurológico, este no fue tomado como un trastorno separado de otros hasta las primeras descripciones dadas por el doctor Leo Kanner, quien lo separó del fenómeno esquizofrénico con el que se diagnosticaba erróneamente a las personas hasta ese momento (Kanner, 1943). Tras este primer acercamiento se continuó estudiando sus aspectos y, finalmente, el DSM V lo acabó por consolidar como Trastorno del Espectro del Autismo. Se dividió en tres grados, aumentando en intensidad: *Necesita Ayuda*, *Necesita Ayuda Notable* y *Necesita Ayuda Muy Notable* (Instituto Superior de Estudios Psicológicos, 2018; APA, 2013).

Las dificultades vinculadas al TEA son divididas en dos grandes grupos: los relacionados con las deficiencias en la comunicación e interacción social y los patrones de comportamiento rígidos y repetitivos (APA, 2013, p. 28; OMS, 2019; Confederación Autismo España, s.f.). Entre estas cabría mencionar algunas características como los limitados intereses específicos, un desarrollo desigual del lenguaje, memoria repetitiva, temor al ruido estridente y a los movimientos levemente sorprendidos y deficiencias en la reciprocidad emocional con otras personas (APA, 2013; National Institute on Deafness and other Communication Disorders, 2020). Este trastorno, aunque sin cura, puede ser tratado mediante terapias. Sin embargo, no hay ninguna usada de forma generalizada para el Trastorno del Espectro Autista (National Institute of Child Health and Human Development, 2021).

Uno de los tratamientos que se han estudiado para tratar el TEA es la musicoterapia. En palabras de la American Music Therapy Association (AMTA), la musicoterapia es “el uso clínico de intervenciones musicales para alcanzar unas metas individualizadas dentro de una terapia aprobada por un profesional acreditado” (AMTA, 2005). Esta terapia ha sido usada, y comprobada su eficacia, en el tratamiento de numerosas patologías como lo pueden ser la demencia (Gómez-Romero et al., 2014), en rehabilitación neurológica (Galińska, 2015) y en la enfermedad de Alzheimer y trastornos derivados de esta (García-Casares et al., 2017).

La forma en la que la música ayuda a canalizar emociones, a establecer ritmos y a establecer vínculos cuando se trata en grupo, compartiendo gustos y emociones, ha

hecho que se estudie su valor terapéutico y se confirme su utilidad en algunos aspectos asociados al TEA (Talavera Jara y Gertrúdx Barrio, 2016), como podrían ser el incremento de las habilidades de adaptación social o habilidades de comunicación e interacción social (Geretsegger et al., 2014). No obstante, la heterogeneidad del TEA y la variabilidad de las terapias dentro de la musicoterapia han provocado que algunos de los resultados de los estudios más amplios sobre esta terapia hayan sido conflictivos o, directamente, hayan quedado inconclusos (Sharda et al, 2019).

Debido al creciente empleo de la musicoterapia en ciertos tratamientos llevados a cabo principalmente en niños, en el presente estudio se pretende ratificar los resultados de las anteriores investigaciones que afirman la eficacia y los beneficios de la musicoterapia en personas afectadas por el TEA.

OBJETIVOS

Pregunta problema:

- ¿Es eficaz la musicoterapia en pacientes con Trastorno del Espectro Autista?

Objetivo general:

- Analizar la eficacia de la musicoterapia en niños/as de 6 a 12 años con TEA.

Objetivos específicos:

- Analizar la eficacia de la musicoterapia para mejorar la psicomotricidad fina y gruesa en niños/as de 6 a 12 años con Trastorno del Espectro Autista.
- Analizar la eficacia de la musicoterapia para mejorar el control de la frustración en niños/as de 6 a 12 años con Trastorno del Espectro Autista.
- Analizar la eficacia de la musicoterapia para mejorar las habilidades comunicativas en niños/as de 6 a 12 años con Trastorno del Espectro Autista.
- Analizar la eficacia de la musicoterapia para la reducción de la hiperactividad en niños/as de 6 a 12 años con Trastorno del Espectro Autista.

Hipótesis:

- Si los niños/as de 6 a 12 años con Trastorno del Espectro Autista realizan musicoterapia, mejorarán su desarrollo psicomotor.
- Si los niños/as de 6 a 12 años con Trastorno del Espectro Autista. realizan musicoterapia, controlarán mejor su frustración.
- Si los niños/as de 6 a 12 años con Trastorno del Espectro Autista pacientes realizan musicoterapia, mejorarán las habilidades comunicativas.

- Si los niños/as de 6 a 12 años con Trastorno del Espectro Autista realizan musicoterapia, reducirán su nivel de hiperactividad.

MÉTODO

Participantes

La muestra que se seleccionará se compondrá de 60 participantes, 30 niños y 30 niñas, diagnosticados con TEA. Se ha determinado como criterio de inclusión que estén diagnosticados con el primer grado del trastorno, así como que las edades de los participantes oscilen entre los 6 y los 12 años. Se seleccionarán de las siguientes clínicas y asociaciones de la provincia de Alicante: Asociación Asperger Alicante-TEA (ASPALI), Centro de Educación Especial para personas con Discapacidad Intelectual (ALINUR) y AdiTEA. Como último criterio de inclusión se ha establecido que todos deben estar recibiendo además el mismo tipo de terapia psicológica, concretamente, la terapia ocupacional, la cual resulta una intervención bastante completa, trabajando principalmente la autonomía y las relaciones interpersonales. Por otro lado, no se han establecido criterios de exclusión.

Variables e instrumentos:

La variable independiente de este estudio es la musicoterapia. Consiste en una intervención psicológica cuyas principales herramientas son los instrumentos musicales, así como música grabada o la voz, y cuyo propósito es alcanzar logros individuales (AMTA, 2005). Para los niños con TEA, la musicoterapia podría considerarse una estrategia entretenida y liberadora para mejorar sus habilidades motoras y sociales.

Las variables dependientes serán cuatro síntomas característicos del trastorno:

- *Psicomotricidad*: definida según Rossel (1969) como “la educación del control mental de la expresión motora”. En esta variable se hallan dos subtipos: las *habilidades motoras gruesas*, es decir, aquellas que implican el uso de los músculos grandes; y las *habilidades motoras finas*, que hacen referencia a aquellas que comprenden los músculos pequeños y la coordinación entre el ojo y la mano. Para medir esta variable se utilizará como instrumento la batería de tests motores Lincoln-Oseretsky por Sloan (1948, 1955a, b), la cual comprende pruebas para sujetos de entre 4 y 16 años. Está compuesta por un total de 36 ítems y contiene 2 hojas de registro junto con una serie de objetos a utilizar por el paciente. Gracias a este instrumento se puede calcular el cociente motor de los sujetos mediante la fórmula: Cociente motor (%)=(Edad motora

en meses/Edad cronológica en meses)/100 (Rosa y Márquez, 1996). De tal manera, un mayor cociente motor supondrá una mejor psicomotricidad.

- *Control de la frustración*: capacidad de gestionar las emociones ante situaciones externas a la zona de confort de uno mismo, para así poder persistir en la conducta que se debe seguir, en favor de la adaptación al medio. Las personas con TEA muestran dificultades en este control a causa de sus problemas de comunicación y de tolerancia a cualquier cambio inesperado en su rutina, además de una notable sensibilidad ante excesos de estimulación (Ruíz Oliva, 2020). Para la operativización de esta variable se utilizará la adaptación validada de la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF), por Ventura León et al. (2018). Esta escala estaba inicialmente diseñada para niños de 12 a 17 años. Sin embargo, en esta adaptación quedó validada para aplicarse en niños de un rango de edad similar al de los participantes de este estudio. Está formada por ocho ítems, con alternativas de respuesta tipo Likert del 1 al 5, de manera que cuanto más puntuación se alcance, menor grado de tolerancia presentarán ante la frustración, con las opciones: *Nunca*, *Pocas veces*, *A veces*, *Muchas veces* y *Siempre*.

- *Habilidades comunicativas*: consiste en la capacidad de expresar sentimientos e ideas mediante símbolos gestuales o lingüísticos, que se va desarrollando a lo largo de la vida en base a exposiciones y estimulación por parte de figuras referentes y que se ve influida tanto por factores genéticos, como el TEA, como por factores ambientales, como la cultura. El instrumento de medida de esta variable, cuyo nombre en inglés es *Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters* (MESSY) (Matson et al., 1983), comprende a niños de entre 4 y 18 años y viene determinada por 62 ítems, mediante la escala Likert, con 4 opciones de respuesta siguiendo el siguiente orden: *Nunca*, *A veces*, *A menudo* y *Siempre*. Una mayor puntuación total indica peores habilidades sociales.

- *Hiperactividad*: inhabilidad para permanecer sereno durante la realización de una tarea. Según Taylor (1991), la hiperactividad implica toda una conducta y no actos individuales. El instrumento que se utilizará para la medición de esta variable será ESPERI (Parellada, et al., 2009), un cuestionario con el que se miden trastornos del comportamiento, incluyendo la hiperactividad. La versión de niños consta de 48 ítems con opciones de respuesta en escala tipo Likert. Además, para una mayor precisión, se aplicará la versión adicional para los padres de los evaluados. Contendrá 65 ítems para niños de hasta 11 años (con 4 ítems adicionales para los de mayor edad). Incluye 4 preguntas abiertas referentes a la experiencia escolar del niño. Una mayor puntuación supondrá un mayor nivel de hiperactividad.

Las variables extrañas de este estudio son las siguientes:

- La terapia ocupacional que deben recibir todos los participantes, independiente a la intervención a estudiar, está parcialmente controlada. Por un lado, se estableció como requisito de inclusión que todos la recibieran, de modo que hubiera igualdad de condiciones entre los niños de los dos grupos y puesto que es fundamental que los niños con TEA reciban algún tipo de tratamiento psicológico. Sin embargo, el hecho de que los participantes sean tratados por distintos profesionales hace de esta terapia una variable extraña.

- La edad: los niños mayores pueden estar más predispuestos a la realización de diversas actividades, gracias al avance que hayan logrado tras más años de experiencia terapéutica. Por otro lado, la aplicación temprana de la intervención en los más pequeños puede ser un factor beneficioso para los mismos.

- Diferencia entre los grupos: dado que la asignación se realizará de forma aleatoria, y que en la selección de los participantes no se ha establecido un límite para escoger a niños de una edad concreta, existe la posibilidad de que se obtenga una desproporción en cuanto a la edad entre los dos grupos, suponiendo una variable extraña.

Procedimiento

En un primer momento, se solicitará el permiso correspondiente a la Universidad Miguel Hernández para que la investigación sea aprobada. En dicha solicitud se indicarán todos los aspectos relacionados con el estudio (objetivos, procedimientos, requisitos...).

Posteriormente, se iniciará el proceso de selección de la muestra que se basará en ponerse en contacto con las clínicas y asociaciones ASPALI, ALINUR y AdITEA con el objetivo de informarles de la intención de realizar un estudio así como de la confidencialidad de los datos que se pretenden recoger. Asimismo, las organizaciones serán las encargadas de proporcionar la información acerca del tratamiento y del nivel del trastorno del niño/a. Esta información, que deberá ser demostrada aportando un diagnóstico clínico elaborado por un especialista, servirá para el proceso de selección. Los tutores legales de los infantes con los que se pretende trabajar también serán informados de la misma manera que las organizaciones. Dichos tutores autorizarán de manera legal la participación de los menores en el estudio.

Una vez las organizaciones y los tutores han accedido a participar en el estudio, se procederá a la selección aleatoria de la muestra que constará de 60 personas, 30 niños y 30 niñas de entre 6 y 12 años con Trastorno del Espectro Autista de grado uno, es requisito indispensable que todos estén recibiendo terapia ocupacional.

Se empleará un muestreo por cuotas para la selección de la muestra. De entre los participantes que cumplan los criterios se seleccionarán los primeros que accedan a participar. La muestra se dividirá en dos grupos: grupo experimental y grupo control. Cada participante será asignado aleatoriamente con un número del 1 al 60. Aquellos que hayan recibido números impares pertenecerán al grupo control y las personas con números pares se asignarán al grupo experimental.

De forma posterior a la asignación de grupos, se utilizarán los instrumentos de medición con el objetivo de medir competencias de los infantes. Tres días antes del inicio de la terapia se realizará la primera de las dos mediciones.

Aquellos asignados al grupo control no recibirán musicoterapia y continuarán recibiendo solamente la terapia ocupacional. Por otro lado, los sujetos asignados a los grupos experimentales participarán en sesiones de musicoterapia y seguirán recibiendo el mismo tratamiento que recibían antes de iniciar el experimento. De esta manera, al seguir ambos grupos con el mismo tratamiento inicial, esa variable extraña es controlada. Además, se ha optado por un estudio de doble ciego en el que tanto los niños que son estudiados como los terapeutas que realizan las sesiones desconocen la finalidad de la investigación. Al realizarse de esta manera se evita el sesgo de deseabilidad de los pacientes y los terapeutas.

En total se realizarán 13 sesiones de musicoterapia. Estas durarán un total de 45 minutos (Talavera Jara y Gértrudix Barrio, 2016; Morante Zarzosa, 2013) y tendrán lugar por la tarde, de 16 a 16:45. Se ha establecido este horario puesto que es el momento del día que no interfiere con el horario escolar en el que los niños van a estar menos cansados y más dispuestos. Se realizarán un total de tres sesiones por semana: lunes, miércoles y viernes. El lugar de trabajo será una sala amplia del Centro de Educación Especial para personas con Discapacidad Intelectual, ALINUR. Se buscará preferentemente una habitación con decoración escasa y, en caso de tener, con temática musical. Por último, al inicio de la sesión se proveerá la sala con los instrumentos necesarios para la musicoterapia.

La organización de la terapia se basará en estudios anteriores (Tomás Ettoujguani, 2018): los primeros cinco minutos se dedicarán a realizar un ritual de bienvenida el cual

consiste en una serie de actividades introductorias relacionadas con la música que ayudan a crear el ambiente necesario para la sesión. Acto seguido, en los siguientes treinta y cinco minutos, se realizarán las actividades correspondientes al tipo de sesión asignada ese día. Para acabar, los cinco minutos restantes serán asignados para la despedida. En este último, los niños comentarán sus opiniones y sentimientos respecto a la sesión.

Los tipos de sesión se asignarán según el día. El esquema programado es el siguiente:

La primera sesión es meramente introductoria. Busca conocer los gustos musicales de los niños e informarles del tipo de actividades que van a realizar (enseñar el funcionamiento de los rituales etc.). En ella los niños conocerán el lugar y a sus compañeros.

Las siguientes doce sesiones se basarán en diversas experiencias musicales (Orellana, 2007; Bruscia, 2007, p. 25). La primera de ellas es la escucha en la cual se trabajarán aspectos como la influencia del tempo o del ritmo en las emociones que genera un pieza musical. La segunda experiencia es la interpretación musical, este concepto se refiere a la habilidad de imitar/recrear una obra musical. La tercera es la improvisación musical, entendida como la capacidad de hacer música sin tener nada planificado. En las sesiones de improvisación musical los niños cantarán o tocarán instrumentos creando su propia música. La cuarta y última experiencia es la composición musical: los niños crearán sus propias piezas musicales durante el tiempo de composición.

Estas experiencias musicales serán el eje de las sesiones de musicoterapia. Por ello, se han establecido tres días para trabajar cada una de ellas. El orden de estos corresponde al siguiente ciclo: sesión de escucha, sesión de improvisación, sesión de recreación y sesión de composición musical. Tras realizar el ciclo anterior tres veces concluirá la terapia.

Por último, una vez acabada la musicoterapia se volverán a emplear los mismos instrumentos usados al principio del estudio. Tres días después de la finalización de la musicoterapia se tomará la segunda y última medida. Se medirán los resultados tanto de los niños del grupo experimental como los del grupo control.

Tipo de diseño y estudio

Se ha optado por un diseño experimental pues se pretende comprobar la eficacia de la musicoterapia. Respecto al tipo de investigación según la localización, se trata de un experimento de campo, ya que las variables se modifican en un ambiente natural.

Se trata de un estudio longitudinal de tipo prospectivo debido a que se van a realizar dos mediciones, una al inicio y una al final del tratamiento, con el objetivo de comprobar las diferencias entre los grupos y la evolución del grupo experimental.

Análisis de datos

Al realizar la recogida de datos, estos se introducirán en el paquete estadístico Jamovi en versión 2.0.1, para su posterior análisis que incluirá tanto los índices de tendencia central como los índices de variabilidad. Al mismo tiempo, se aplicará la T Student regida con un Nivel de Confianza de 95% con el fin de observar los cambios entre los dos grupos.

RESULTADOS ESPERABLES

En primer lugar, se espera que al realizar las sesiones de musicoterapia se mostrará una mejora en el desarrollo psicomotor de los sujetos. La mejora se deberá a un aumento de la exigencia de las destrezas psicomotrices conforme progresen las actividades de musicoterapia siguiendo con las sesiones programadas. Así es como, gradualmente, los participantes, conforme vayan aumentando su esfuerzo, irán aumentando sus capacidades psicomotrices, sobre todo las habilidades motoras finas, como puede ser el caso de tocar un instrumento.

Con respecto a la segunda hipótesis, al aplicar el tratamiento de sesiones de musicoterapia se espera una disminución de puntuaciones en la ETF debido a actividades de escucha en las que se trabaje el estado ánimo, a sesiones en las que el niño se enfrente a las dificultades de tocar un instrumento, etc. Al final de la terapia se espera una mejora en el control de la frustración. No obstante, en lo que respecta a las puntuaciones obtenidas, se contempla la posibilidad de que sigan siendo elevadas.

En cuanto a la tercera hipótesis, se estima un incremento en las capacidades y destrezas comunicativas. Se espera que las sesiones que van a intervenir en la mejora de estas habilidades sean aquellas en las que se comenten los sentimientos que evoca una pieza musical, es decir, aquellas sesiones en las que se trabaje en equipo con el objetivo de crear música. Teniendo en cuenta que estas actividades requieren interacción grupal,

es fundamental la comunicación entre los niños/as con TEA, logrando una evolución y desarrollo de sus técnicas comunicativas.

Por último, en lo referente a la cuarta hipótesis, a la hora de evaluar los resultados de la hiperactividad obtenidos se puede predecir una leve disminución en el nivel de la hiperactividad en los pacientes. Esto es así gracias al impacto de varias actividades realizadas en diversas sesiones, como en las sesiones de escucha, en las que deben mantener la atención focalizada en la pieza musical y no distraerse con factores externos como es el ruido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Music Therapy Association. (2005). *What is Music Therapy?*
<https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. (5ª edición). American Psychiatric Publishing
- Bruscia, K. E. (2007). *Musicoterapia: métodos y prácticas*. Pax México. p. 25.
- Confederación Autismo España. (s. f.). *Sobre el TEA*. Recuperado el 17 de enero de 2022, de <http://autismo.org.es/sobre-los-TEA>
- Galińska, E. (2015). Music therapy in neurological rehabilitation settings. *Psychiatria Polska*, 49, 835-846. <https://doi.org/10.12740/PP/25557>
- García-Casares, N., Moreno-Leiva, R. M. y García-Arnés, J. A. (2017). Efecto de la musicoterapia como terapia no farmacológica en la enfermedad de Alzheimer. Revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 65(12), 529-538.
- Geretsegger, M., Elefant, C., Mössler, K. A. y Gold, C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (6) <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub3>
- Gold, C., Wigram, T. y Elefant, C. (2008). Musicoterapia para el trastorno del espectro autista (Revisión Cochrane traducida). *The Cochrane Library Plus*, 2.
- Gómez-Romero, M., Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E. M. y González López-Arza, M. V. (2017). Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. *Revisión sistemática. Neurología*, 32(4), 253-263. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.11.001>
- Instituto Superior de Estudios Psicológicos. (16 de octubre de 2018). Cómo detectar el autismo. <https://www.isep.es/actualidad-educacion/como-detectar-el-autismo/>
- Kanner, L. (1943). Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nervous Child*, 2(3):

217–250.

- Lara Fonfria, B. (2016). *La musicoterapia con niños autistas* [Trabajo de Final de Grado, Universitat Jaume I]. <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/162210>
- Matson, J. L., Rotatori, A. F. y Helsel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behaviour Research and therapy*, 21(4), 335-340.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0005796783900013>
- Morante Zarzosa, A. (2013). *Propuesta de intervención de Musicoterapia aplicada a alumnos con Autismo* [Tesis de Maestría, Universidad de Valladolid].
<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/3829>
- National Institute of Child Health and Human Development. (19 de abril de 2021). *¿Qué tratamientos hay para el autismo?*
<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/autism/informacion/tratamientos>
- National Institute on Deafness and other Communication Disorders. (24 abril de 2020). *Trastornos del espectro autista: Problemas de comunicación en los niños.*
<https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/problemas-de-comunicacion-en-los-ninos-con-trastornos-del-espectro-autista>
- Orellana, S. (2007). Recursos Digitales en Musicoterapia: Abordaje individual. En VII Congreso Iberoamericano de Informática Educativa Especial, Mar del Plata, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud. (1 de junio de 2021). *Trastornos del espectro autista.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.* (11ª edición).
<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/437815624>
- Parellada, M. J., San Sebastián, J. y Martínez, R. (2013). *Evaluación del Cuestionario ESPERI.* [Archivo PDF]
<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/ESPERI.pdf>
- Rosa, J., Rodríguez, L. y Márquez, S. (1996). Evaluación de la ejecución motora en la edad escolar mediante los tests motores de Lincoln-Oseretsky. *European Journal of Human Movement*, 2, 129-147.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2278375>
- Rossel, G. (1969). *Manual de educación psicomotriz. Para niños de cinco a diez años*

de edad mental. Toray Masson.

Ruíz Oliva, T. (16 de julio de 2020). ¿Cómo afrontar situaciones de frustración, ira, enfado... En niños y niñas con TEA? Federación Autismo Madrid.

<https://autismomadrid.es/articulo-especializado/como-afrontar-situaciones-de-frustracion-ira-enfado-en-ninos-y-ninas-con-tea/>

Sharda, M., Silani, G., Specht, K., Tillmann, J., Nater, U., y Gold, C. (2019). Music therapy for children with autism: Investigating social behaviour through music. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3(11), 759-761. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30265-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30265-2)

Sloan, W. (1948). The Lincoln adaptation of the Oseretsky tests, a measure of motor proficiency. Lincoln: Lincoln State School.

Sloan, W. (1955A). Manual for the Lincoln-Oseretsky Motor Development Scale. Chicago: Stoelting.

Sloan, W. (1955B). The Lincoln-Oseretsky Motor Development Scale. *Genetic Psychology Monographs*, 51, 183–252.

Talavera Jara, P. y Gértrudix Barrio, F. (2016). *El uso de la musicoterapia para la mejora de la comunicación de niños con Trastorno del Espectro Autista en Aulas Abiertas Especializadas*. https://doi.org/10.5209/rev_RCED.2016.v27.n1.45732

Taylor, E. A. (1991). *El niño hiperactivo: Una guía esencial para los padres para comprender y ayudar al niño hiperactivo*. Edaf.

Tomás Ettoujguani, J. F. (2018). *Aplicación práctica de la musicoterapia para estimular la atención y comunicación en niños con Trastorno del Espectro Autista y Necesidades Específicas de Apoyo Educativo*.

<http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/147462>

Ventura León, J., Caycho Rodríguez, T., Vargas Tenazoa, D. y Flores Pino, G. (2018). Adaptación y validación de la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF) en niños peruanos. *Revista de psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(2), 23-29.

<https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.2.3>

Análisis de la relación entre la conducta narcisista de las madres y el bienestar psicológico de sus hijos en la infancia

Carlos Torres Cascales

Abril Requena Martínez

Lucía Cañavate Armillas

María Sánchez Montoya

David Blasco Gallud

RESUMEN

El propósito de este estudio es analizar cómo puede llegar a influir la conducta narcisista de las madres en el bienestar psicológico de sus hijos. Para ello se seleccionó por una parte a sujetos de la provincia de Alicante, 100 niños y niñas con un rango de edad entre los 6 a los 10 años hijos de madres diagnosticadas con trastorno de la personalidad narcisista. Por otro lado, se seleccionaron a otros 100 niños y niñas del mismo rango de edad, hijos de madres sin ninguna patología psicológica. Se les pidió una autorización firmada a los padres para poder realizar el estudio con niños y niñas menores de edad. Se realizaron una serie de entrevistas con los niños y niñas en las que se empleó una serie de cuestionarios para poder recoger los datos y la información de cada uno de los sujetos.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de la personalidad narcisista es un tipo de trastorno de la personalidad. La persona que lo sufre presenta una serie de rasgos muy característicos que perjudican su vida y las relaciones con los demás. El concepto de narcisismo nace de la conocida historia griega sobre un personaje mitológico denominado Narciso, un hombre enamorado de sí mismo, tanto que no pudo apartar la vista de su reflejo en la superficie de un lago, terminando arrojándose al agua sumergido en su propio “Yo”, por lo que queda atrapado en su propia imagen (Gutierrez, 2021).

Las personas con dicho trastorno tienen un sentido desmesurado de su propia importancia y sus propias facultades, se creen especiales y reclaman reconocimiento por ello. Además, presentan una necesidad excesiva de atención y admiración, y por tanto suelen generar relaciones conflictivas y carentes de empatía con los demás, ya que son prepotentes, arrogantes e incapaces de reconocer sus errores y dar la razón a otros que no sean ellos mismos. Por no hablar del sentimiento de envidia que poseen cuando otras personas tienen éxito y alcanzan sus metas, reaccionando con desprecio o tratando de quitarle valor a los méritos de los demás, incluso cuando reciben una crítica hacia su actitud suelen justificarse argumentando que el problema lo tienen los demás no ellos, debido a que les tienen envidia. Pudiendo arraigar otras complicaciones como depresión y ansiedad, debido a la frustración que presentan al no alcanzar la perfección o no sentirse reconocidos por sus actos, incluyéndole la dificultad para regular sus emociones y conducta. Además de los problemas para las relaciones sociales puede haber otros contratiempos como consumo de drogas, problemas de salud física o pensamientos y conductas suicidas.

Este trastorno afecta más a hombres que a mujeres y suele aparecer durante la adolescencia o en algunos casos incluso en los inicios de la adultez, y aunque las causas que lo provocan son inciertas ya que se desconocen, se puede relacionar con la genética y neurobiología, al igual que influye el entorno, la relación entre los niños y los padres, y la crianza impartida (Personal de Mayo Clinic, 2021).

Existen diferentes estilos familiares, sin embargo, un núcleo familiar marcado por la presencia de narcisismo en alguno de los progenitores no es el más idóneo. Son familias donde el daño es exorbitante caracterizado por la manipulación emocional, culpabilización y rigidez. En estos casos las necesidades de los padres son imprescindibles y se espera que los hijos las satisfagan, todo lo contrario, al patrón propio de una familia saludable.

Esta clase de núcleo familiar es muy característico y fácil de identificar en función de una serie de rasgos propios como, por ejemplo, que la aceptación de los hijos depende de si estos cumplen las ordenes de sus padres, y que en caso de que esto no suceda porque hayan hecho algo que se salga un poco de lo que se espera de ellos, estos reciben un profundo rechazo y desapruebo, lo que conlleva una gran sumisión de los hijos con tal de agradar a sus padres. Por otra parte, en esta clase de familias no existe la postura neutral ya que o estas a favor del narcisista o en contra él; también nos encontramos con una represión de emociones ya que son vistas como signo de debilidad, los sentimientos de amor y respeto del padre o la madre narcisista hacia sus hijos son muy escasos, pero en caso de haberlos hay una total desigualdad ya que solo van a mostrar estos escasos recursos al hijo que consideran más digno. Como consecuencia de estos hechos los niños de padres narcisistas se crían en un ambiente caracterizado por maltratos, abusos, miedo constante, negligencia, falta de empatía y frecuentes conflictos. Siendo todo esto completamente negado por parte del narcisista dominante, quien cree y hace creer que su entorno familiar es sano, un claro ejemplo de familia perfecta (Montagud, 2021).

En un estudio realizado en la Universidad Internacional del Ecuador se estudió cómo los rasgos narcisistas de los padres podían influir en el desarrollo intelectual y emocional de niños y niñas de 4 y 5 años. Se constató que las áreas del lenguaje, relaciones sociales y madurez neuropsicológica de los niños se veían afectadas negativamente (Flores, 2019).

Sin embargo, hay escasos estudios en los que se relacionen ambas variables. Por ello se ha planteado esta investigación con el objetivo de establecer relaciones entre los rasgos narcisistas de las madres específicamente y el bienestar psicológico de los/as niños/as.

OBJETIVOS

Pregunta problema:

¿Influyen los rasgos narcisistas de las madres en el bienestar psicológico de sus hijos?

Objetivo general:

Analizar la influencia de la conducta narcisista de la madre sobre el bienestar psicológico de los niños y niñas (hijos)

Objetivos específicos:

- Analizar la relación entre la conducta narcisista de la madre y el estado de ánimo del niño/a
- Analizar la relación entre la conducta narcisista de la madre con el autoconcepto del niño/a
- Analizar la relación entre la conducta narcisista de la madre y la autoestima
- Analizar la relación entre la conducta narcisista de la madre y las habilidades sociales del niño/a

Hipótesis:

- Los niños/as con madres que presenten conductas narcisistas presentarán un estado de ánimo más bajo que los niños/as con madres que no presentan conductas narcisistas
- Los niños/as con madres que presenten conductas narcisistas presentarán una mayor distorsión del autoconcepto que los niños/as con madres que no presentan conductas narcisistas
- Los niños/as con madres que presenten conductas narcisistas presentarán una menor preocupación empática que los niños/as con madres que no presentan conductas narcisistas
- Los niños/as con madres que presenten conductas narcisistas presentarán unas peores habilidades sociales que los niños/as con madres que no presentan conductas narcisistas

MÉTODO

Participantes

En un principio los sujetos buscados serían 200 residentes en la provincia de Alicante, 100 de ellos deben ser mujeres de entre 35 y 50 años de edad, con un diagnóstico clínico previo de trastorno de la personalidad narcisista, que cuenten al menos con un hijo de entre 6 a 10 años de edad, biológico o no. Los otros 100 participantes serían mujeres de este mismo rango de edad, que no cuenten con ninguna patología psicológica y que cuenten también con al menos un hijo/a de entre 6 y 10 años de edad. Una vez realizada esta búsqueda, se procederá a corroborar si se cumplen los requisitos y a pedir a estas madres, o al otro progenitor del niño/a, la cumplimentación de una autorización que deberán firmar para realizar el estudio con sus hijos menores de edad. Nuestra muestra final serán por tanto los 100 niños/as hijos/as de madres narcisistas y 100 niños/as con madres no narcisistas, que cuenten con la autorización de los padres, de edades entre 6 a 10 años de edad.

VARIABLES e INSTRUMENTOS

En este caso se diferenciará entre variable independiente y variable dependiente. La variable independiente en nuestro estudio es la conducta narcisista de la madre, esta se entiende como el comportamiento y las acciones observables de la madre

relacionadas directamente con el trastorno de la personalidad narcisista, es decir, que son propias de este trastorno de la personalidad.

Por otro lado, se mencionan diversas variables dependientes, que se engloban dentro de la variable bienestar psicológico, descritas a continuación:

Estado de ánimo: se entiende como las diferentes emociones que permanecen de forma prolongada en el individuo. Para medir el estado de ánimo se utilizará La Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA) (Sanz, 2001), que valora cuatro estados de ánimo generales, a saber, depresión, ansiedad, hostilidad y alegría. Se trata de un autoinforme que comprende 16 ítems en los que se describe un sentimiento, compuesto cada uno por una escala tipo likert de 0-10, siendo 0 nada y 10 mucho. Este método de evaluación nos otorga 4 puntuaciones distintas de 0-10 referidas a cada uno de los estados que evalúa.

Autoconcepto: se entiende por la imagen total que tenemos sobre nosotros mismos y que incluye nuestras características, atributos, rasgos y capacidades que nos definen. Cabe destacar que para desarrollar el autoconcepto es necesario un desarrollo cognitivo que otorga un autoconocimiento más claro a medida que se adquieren más capacidades cognoscitivas y se superan las distintas tareas del desarrollo (Harter, 1996). Para medir el autoconcepto global de los sujetos se utilizará el Self-Perception Profile for Children (SPPC) (Harter, 1985). Cuenta con 36 ítems con formulaciones en positivo y negativo, y con una escala de respuesta tipo Likert de 4 opciones. Los ítems se reparten en 6 ámbitos de 6 ítems cada uno, a saber, competencias escolares, competencias físicas, competencias atléticas, competencias sociales, conducta de comportamiento y autoestima global. El resultado final del autoinforme se da tras la computación de las elecciones en la escala a razón de 1-4 siendo 1 el menor grado en competencia percibida y 4 el mayor grado en competencia percibida.

Empatía: La empatía es la habilidad para ponerse en el lugar de otra persona y sentir lo que dicha persona siente (Zahn-Waxler *et al.*, 1992). Para medir se ha utilizado el cuestionario de Empatía para niños y adolescentes (Bryant, 1982), el cual es una adaptación de la prueba para adultos (Mehrabian & Epstein, 1972) que consta de 22 ítems que requieren una respuesta dicotómica (si/no) puntuando 1 las respuestas de si y 0 las respuestas de no. Por tanto, la puntuación máxima que puede obtenerse es de 22 y la mínima de 0, presentando esta puntuación una relación positiva con la tendencia empática. La fiabilidad de la prueba presentaba un valor α de 0,73 (N=509). La autora

del cuestionario señalaba un alpha medio de Cronbach de 0,67. Contiene respuestas de sí o no en las que una respuesta afirmativa puede dar una respuesta empática como “Me siento triste al ver que están abusando de otra persona” al igual que una negativa puede también dar una tendencia empática como “Me resulta difícil comprender porque otra persona se enfada”

Habilidades sociales: se entienden como el “conjunto de habilidades y capacidades (variadas y específicas) para el contacto interpersonal y la solución de problemas de índole interpersonal y/o socio-emocional” (Goldstein, 1980). Para medirlas se utilizará la Escala de evaluación de Habilidades sociales (Goldstein et al., 1978). Esta comprende un total de 50 ítems en los que se pregunta en que grado se poseen ciertas habilidades sociales. Presenta opciones de respuesta tipo Likert de 1 a 5, siendo 1 que nunca se utiliza bien esa habilidad y siendo 5 que se utiliza de manera correcta siempre. El resultado obtenido será un número entre el 50 (menor puntuación) y 250 (mayor puntuación), existiendo una correlación positiva entre la puntuación y la posesión y uso competente (mayores resultados) o deficiente (menores resultados) de las habilidades (Aguirre, 2004)

Además, se tendrá en cuenta la posible influencia de las variables extrañas como la edad, el género o la clase social en el momento de analizar los resultados. Para prevenir la interferencia de estas, en la previa selección de la muestra se intentará realizar de la forma más homogénea y aleatoria posible.

Procedimiento

Primeramente, se contactará con el Ita Previ Alicante, una red especializada en el tratamiento de trastornos de la personalidad entre otros. Se les explicará a los responsables del centro el procedimiento de la investigación y se les pedirá colaboración en la investigación. Después de darnos el acceso a las pacientes diagnosticadas con trastorno de la personalidad narcisista, se seleccionará a aquellas mujeres con hijos o hijas de entre 6 y 10 años y se escogerá una muestra representativa de 100 niños y niñas.

Tras esto se realizará una búsqueda de 100 mujeres, con al menos un hijo/a de 6/10 años, en distintos colegios de educación primaria de la provincia de Alicante y que no presenten ninguna patología psicológica diagnosticada. Se hará llegar la información de la investigación a partir de folletos y carteles en los colegios, además de la difusión mediante redes sociales como WhatsApp, Instagram, Facebook, Twitter...

A continuación, se les pedirá autorización a las madres o tutores legales para poder llevar a cabo la investigación. Una vez se firme el consentimiento, los psicólogos a cargo de la investigación utilizarán los cuestionarios y escalas correspondientes para medir el bienestar psicológico y emocional de estos niños.

En el caso de los niños/as con madres narcisistas, se realizará una sesión con cada uno de los niños en la que participarán dos de nuestros investigadores para garantizar que comprenden todas las preguntas y resolver las dudas en caso de tenerlas y su duración será de una hora con el objetivo de no perder la atención los niños y las niñas.

El lugar de intervención será el propio hospital y las sesiones se realizarán de lunes a viernes de 17:00 a 20:00 de la tarde para evitar coincidir con el horario de colegio. Por ello se necesitarán aproximadamente dos meses para llevar a cabo todas las sesiones.

Para los otros 100 niños/as, con el previo contacto con los investigadores/as de las madres interesadas mediante el número de teléfono que se proporcionará en los folletos y carteles, se procederá a solicitar la autorización de los colegios a los cuales acuden estos niños/as para realizar sesiones individuales de una hora aproximadamente con los alumnos/as en el horario lectivo para llevar a cabo la investigación. En estas sesiones, al igual que las realizadas en el Ita Previ, estarán presentes dos de los investigadores para llevar a cabo las diferentes pruebas y cuestionarios. La duración estimada de la investigación será de dos meses igualmente.

Tipo de diseño y estudio

El tipo de diseño que se va a realizar va a ser un estudio descriptivo ya que el objetivo principal es observar y describir si el hecho de tener una madre narcisista influye o no en el bienestar psicológico de los niños y las niñas. Además, es un estudio natural de campo pues no estamos modificando ninguna variable y los sujetos estarían en su ambiente natural. El estudio será transversal ya que se evaluará una sola vez a los sujetos en un momento determinado del tiempo.

Análisis de los datos

Tras haber finalizado con el estudio, se pasará a analizar los datos obtenidos a través del programa estadístico SPSS para recopilar las puntuaciones de las pruebas. Se realizará un análisis descriptivo con las puntuaciones de cada sujeto obteniendo la media, varianza y la desviación típica. Se utilizará como estadístico de comparación la T-Student con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

Tras el estudio realizado, si se llevara a cabo, se podrían obtener los siguientes resultados, atendiendo a cada una de las hipótesis formuladas:

Según la primera hipótesis formulada, se espera que un porcentaje significativo de la muestra manifieste niveles anómalos en alguno de los aspectos evaluados en el estado de ánimo como son la alegría, la tristeza-depresión, ira-hostilidad y la ansiedad (Sanz, 2001). Se cree que debido a la conducta narcisista el hijo/a puede presentar mayor ira, hostilidad o ansiedad ya que no recibe suficiente afecto y atención de su madre que únicamente se tiene a sí misma como prioridad y por tanto el cuidado del hijo/a entraría en un segundo plano. Así como podría disminuir el estado de alegría en ámbitos familiares ya que no se sentiría querido/a y cómodo/a en situaciones donde su madre solo se preocupa por ella misma y muestra interés solo por sus propios logros y sus aptitudes.

En relación a la siguiente hipótesis, se estima que una gran mayoría de los sujetos encuestados presentará una distorsión en el autoconcepto tanto a nivel físico como psicológico derivado de la falta de atención de la madre quien sería incapaz de aplaudir y animar a su hijo/a en los éxitos alcanzados. A consecuencia de esto el pequeño/a no puede conseguir ese reforzamiento necesario que le haga saber que lo que hace está aceptado o no, si gusta o no, por lo que tomará esta actuación como un castigo y creará que cualquier acto que realice o cualquier característica propia no está a la altura. Por esto, se formará un autoconcepto que no se ajusta a la realidad, teniendo una gran influencia sobre todo en los primeros años de vida en que los progenitores son la principal fuente de apoyo y aprendizaje.

Teniendo en cuenta la tercera hipótesis formulada, se cree que los sujetos que cuentan con madres narcisistas presentarán valores más bajos de empatía debido a la falta de aptitudes empáticas características de las personas afectadas de este trastorno. Se piensa que es altamente probable que se transmita a los hijos a raíz de una crianza poco empática por parte de la madre además de un pobre énfasis en la importancia de la empatía para relacionarse, que conllevará un aprendizaje y desarrollo erróneo de esta. No tener empatía o tener un valor bajo puede ser un problema grave a la hora de mantener relaciones humanas, es bastante más complicado poder tener afinidad con otras personas.

Para finalizar, en cuanto a la cuarta y última hipótesis planteada se cree efectivamente que las relaciones socio-afectivas del niño/a con iguales no serán sanas ni

se desarrollarán de forma correcta las habilidades sociales necesarias en el grupo de niños/as con madres narcisistas. La conducta narcisista de la madre puede afectar en la forma de ver las relaciones de amistad o pareja debido a uno de los principales métodos de aprendizaje que se aplica durante la infancia temprana que consiste en la imitación de modelos (Bandura, 1982). Ya que los padres y familiares más cercanos son los más importantes roles modelo de los/as niños/as en esta etapa de su vida, es posible que los infantes desarrollen unas habilidades de socialización erróneas que se perciben en la madre como por ejemplo no teniendo en cuenta la opinión de otros a la hora de crear vínculos de amistad o creer que una relación se basa únicamente en hacer públicos los logros, facultades y admiraciones propias. La visión distorsionada de la forma en que se deben establecer las relaciones de manera sana y correcta conllevaría esta carencia en los vínculos con iguales que se planteaba anteriormente.

REFERENCIAS

- Mayo Clinic. (2021, 29 julio). *Trastorno de la personalidad narcisista*. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/narcissistic-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20366662>
- Gutierrez Tellez, M. J. (2021, marzo). *Narcisismo: ¿cuándo es sano y cuándo constituye un trastorno?* Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/personalidad/narcisismo-cuando-sano-cuando-trastorno>
- Montagud Rubio, N. (2021, agosto). *Familias narcisistas: 21 características y cómo reconocerlas*. Disponible en Psicología y Mente: <https://psicologiaymente.com/social/familias-narcisistas>
- Natali Rivas Romero. (2002). *Escala de evaluación de habilidades sociales, biblioteca de psicometría*.
- Harter, Susan. (2012). *Self-perception profile for children: Manual and questionnaires*. [University of Denver, Department of psychology]
- Sanz, Jesús. (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)*. Disponible en: <http://www.redined.mec.es/oai/indexg.php?registro=005200230184.27>

- Pérez-Delgado, E., & Mestre Escrivà, M. V. (1999). Instrumentos para la evaluación de la empatía. En *Psicología moral y crecimiento personal: su situación en el cambio de siglo* (pp. 181–190). Ariel.
- Aguirre, A. (2004). *Capacidad y factores asociados a la Resiliencia, en adolescentes del C.E. Mariscal Andrés Bello Cáceres del Sector IV de Pamplona Alta San Juan de Miraflores 2002*. [Trabajo de grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú]. Repositorio de la UNMSN
- Flores Estrada, E. M. (2019). *Influencia de la personalidad narcisista de padres en el desarrollo de niños de 4 a 5 años en el centro de desarrollo infantil “new generation kids planet”, ubicado en Quito*. [Trabajo de grado, Universidad internacional del Ecuador]. Repositorio UIDE.
- Ita Previ Alicante. (s. f.). *Ita | Especialistas en tratamientos de salud mental*. ITA | Especialistas en salud mental. <https://itasaludmental.com/>

Influencia de las redes sociales en el trastorno dismórfico corporal

Miriam Ballester Pascual

Almudena Arenas Sánchez

Manuela Poveda Martínez

María Elena Franco Gil

Alba Sánchez Soria

RESUMEN

La finalidad del estudio será comprobar la relación del uso de redes con el trastorno dismórfico corporal. Para llevarlo a cabo, se seleccionarán a 100 adolescentes, de 12 a 18 años, matriculados en un instituto de la provincia de Alicante.

La recogida de datos se hará mediante cuestionarios y test, que medirán las variables convenientes. El proceso constará de un estudio transversal de 5 meses en los que se realizarán pruebas secuenciales (cada mes se realiza un solo cuestionario/test). Recopilados los resultados, serán codificados y analizados en Jamovi.

Los resultados previstos de llevarse a término el estudio, serían que los adolescentes con un uso frecuente en redes sociales, tendrán una mayor puntuación en: fobia social, trastornos alimentarios, insatisfacción con la propia imagen y visión distorsionada de la misma, pensamientos, emociones y actitudes obsesivas hacia un cuerpo perfecto. Estas características son comunes en el TDC, derivadas del uso inapropiado de redes.

INTRODUCCIÓN

El trastorno dismórfico corporal (TDC) se define como la preocupación desmesurada del individuo por algún defecto de su aspecto físico, el cual puede ser real o incluso imaginario (DSM, 2000). El defecto puede encontrarse en cualquier parte del cuerpo, aunque normalmente son predominantes en la cara. Este trastorno puede provocar una idea incorrecta del propio cuerpo, generando conflictos a nivel emocional en la persona que lo padece. No solo afecta a nivel emocional, sino que incita a llevar a cabo conductas para intentar mejorar dichos defectos, las cuales pueden producir una obsesión por la cirugía estética (Phillips KA, 1996). Asimismo, los individuos que poseen dicho trastorno suelen realizar dos tipos de comportamiento: evitan observar los defectos no mirándose al espejo o se obsesionan por verse reflejados, aumentando de esta forma su inquietud (Neziroglu F, 2004).

Se describió por primera vez por el italiano Enrico Morselli en 1891, que definió la dismorfofobia como el “sentimiento subjetivo de fealdad o defecto físico que el paciente cree que es evidente para los demás, aunque su aspecto está dentro de los límites de normalidad” (Morselli, 1891). Sin embargo, hasta 1980 esta patología no fue considerada como trastorno mental (DSM, 1980).

El TDC está presente tanto en hombres como en mujeres y no hay un claro predominio de uno de los sexos de sufrir este trastorno, puesto que cada estudio aporta diferentes resultados (Phillips KA et al; 2006). Se ha demostrado que, dependiendo del género, la obsesión por los defectos normalmente se produce en unas zonas del cuerpo o en otras. Es decir, la preocupación obsesiva de los hombres suele ser los genitales, la masa muscular y el pelo; y en cambio las mujeres tienden a tener una mayor obsesión en los pechos, los muslos y las piernas (Perugi G et al; 1997). Así mismo, la etapa del ciclo vital repercute también en la aparición del TDC, siendo más frecuente en la adolescencia, etapa en la que hay una fuerte comparación de las características propias entre los jóvenes y una mayor interacción social (Cansever A et al; 2003).

Además, esta patología incluye diferentes factores psicológicos, biológicos y culturales. En primer lugar, a nivel psicológico, se ha observado que individuos ansiosos, perfeccionistas y tristes son más propensos a desarrollar este trastorno (Ginsburg IH, 1996). Por otra parte, en el desarrollo de este trastorno tiene un papel

importante la cultura y las costumbres del país, ya que genera distintas preocupaciones en los individuos (Laihinen A, 1987).

En general, estas preocupaciones son observables a raíz del impacto que tienen las redes sociales en la vida (Bruculieri J., 2018); aplicaciones como Snapchat o Instagram, las cuales proporcionan una realidad de belleza para esta sociedad. Dichas redes sociales, permiten a uno modificar su apariencia en un instante y ajustarse a un estándar de belleza poco realista y, en ocasiones, inalcanzable.

La “dismorfia del selfie”, denominada así por algunos especialistas, es más que solo pretender parecerse a una versión idealizada de uno mismo, tan fácilmente accesible con filtros y aplicaciones de retoque actualmente (Ward B., 2018). También se trata en primer lugar, de lo que ves que necesitas corregir, y cómo lo comparas con distintas fotos de otras personas, a menudo retocadas de igual manera, pero presentadas como realidad (Vashi NA., 2016).

Este fenómeno parece asociarse a pensamientos desadaptativos y una percepción distorsionada, fomentando algunas ideas poco saludables sobre lo que realmente muestra el espejo y los dispositivos (Vashi NA., 2016). Es su uso frecuente el que, por lo tanto, es capaz de hacer ver constantemente los rostros y sus imperfecciones, e incluso llegar a las comparaciones con el ideal de belleza establecido, en docenas de ocasiones, irreal (Hosie R., 2018).

Además, distintos estudios publicados mostraron que el uso excesivo de filtros puede dañar la salud mental, ya que estos pueden hacer que las personas pierdan el contacto con la realidad, creando expectativas. Esta brecha de percepción, combinada con la tendencia natural a criticar a las autocríticas, puede causar problemas psicológicos graves que deben abordarse con ayuda psicológica, puesto que el desorden por dismorfia corporal está relacionado con desórdenes alimentarios y depresión (Vashi NA., 2016).

Dado que el uso de las redes sociales puede conducir a la presencia de sintomatología propia del TDC, es necesario llevar a cabo investigaciones que estudien la relación entre el uso de redes sociales y el TDC con objeto de ampliar los conocimientos sobre este trastorno y su diagnóstico, puesto que es un trastorno infradiagnosticado pese haber sido descrito por primera vez hace más de un siglo. Estas investigaciones, además, serían especialmente necesarias en poblaciones de vulnerabilidad como la adolescencia.

OBJETIVOS

Pregunta problema

- ¿Existe una relación entre el trastorno dismórfico corporal y el uso de redes sociales en adolescentes?

Objetivo General

- Analizar la posible relación entre las redes sociales y el trastorno dismórfico corporal (TDC) en los adolescentes.

Objetivos específicos

- Estudiar la relación entre la frecuencia del uso de redes sociales y la insatisfacción con la apariencia física.
- Analizar la relación entre la frecuencia del uso de redes sociales y la presencia de un trastorno del hábito alimentario.
- Investigar la relación entre la frecuencia del uso de redes sociales y la distorsión de la imagen corporal.
- Examinar la relación entre la frecuencia del uso de redes sociales y el nivel de ansiedad social asociada al TDC.
- Conocer la relación entre la frecuencia del uso de redes sociales y actitudes relacionadas con el TDC.

Hipótesis

- Los jóvenes con una mayor frecuencia del uso de las redes sociales, tendrán una mayor insatisfacción con su apariencia física.
- Los adolescentes con una mayor frecuencia del uso de las redes sociales, presentarán un trastorno alimenticio.
- Los adolescentes con una mayor frecuencia del uso de las redes sociales, referirán una mayor distorsión de la imagen corporal.
- Una mayor frecuencia del uso de las redes sociales en los adolescentes, reflejará una mayor ansiedad social en consecuencia al TDC.
- Los adolescentes con una mayor frecuencia del uso de las redes sociales, tendrán un mayor número de actitudes negativas hacia determinadas características corporales.

MÉTODO

Participantes

En este estudio se escogerán 100 personas, entre los que se encuentran hombres y mujeres, del instituto IES Jaime II de la provincia de Alicante, cuya edad comprenda entre 12 y 18 años. Los criterios de inclusión son su registro en al menos una red social que propicie la visibilidad de aspectos físicos, como puede ser la aplicación de Instagram (redes que permitan hacer públicas fotos y videos). Otro de los requisitos será la obtención del consentimiento informado de los padres, madres y participantes. Se excluirá a cualquier participante que no cumpla con la edad requerida.

Variables e instrumentos

- Uso de redes sociales: Hace referencia al número de minutos al día que pasa una persona en plataformas digitales de comunicación global como Twitter o Instagram. Con objeto de medir esta variable se recogerá un cuestionario que mide el tiempo de uso de redes sociales en que se incluye 2 ítems (tiempo de uso de redes sociales y cantidad de redes utilizadas en ese tiempo), medidas en escala Likert que va de 0 *poco*, a 5 *mucho* (Jasso et al, 2017)
- Trastorno Dismórfico Corporal: Trastorno caracterizado por la permanente insatisfacción con el tamaño corporal a pesar de poseer una musculatura adecuada, fenómeno que lleva a alterar de forma significativa la vida de las personas que lo sufren, según el Manual of Mental Disorders, quinta edición (DSM, 2015). Para medir esta variable se señalarán cinco subdimensiones del trastorno, las cuales corresponden a los criterios diagnósticos del TDC establecidos por la DSM-5 (DSM, 2015) y a cada uno de los objetivos de este trabajo. Los instrumentos que las evalúan son:
 - *Insatisfacción con la apariencia física*: Esta variable se refiere a la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no suelen coincidir con las características reales del participante.
Se medirán mediante el Test de Imagen Corporal (Body Image Instrument) (Pulvers et al 2004), TIC. En él se solicita a cada participante que marque con una cruz la imagen que crea más semejante a su figura corporal actual y aquella a la que les gustaría parecerse. La discrepancia entre la imagen autopercebida y la imagen deseada, por tanto, será utilizada para medir insatisfacción corporal.
 - *Distorsión de la imagen corporal*: Variable que hace referencia a la alteración que el individuo hace sobre la imagen que posee de su propio cuerpo.
Esta variable, al igual que la insatisfacción con la apariencia física se mide con el TIC (test de imagen corporal, Pulvers et al 2004). Como se ha indicado anteriormente, se

medirá la distorsión de la IC cuando se compara la imagen elegida por el participante y la imagen que se corresponde a su IMC.

- *Presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)*: Hace referencia a la presencia de trastornos psicológicos (bulimia y anorexia, entre otros) que conllevan alteraciones de la conducta alimentaria. La persona afectada muestra una fuerte preocupación en relación al peso, la imagen corporal y la alimentación, entre otros factores.

Para identificar un TCA se utilizará el Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test), EAT-40 (Garner et al 1982). El test posee 40 preguntas repartidas en 3 factores que miden: dieta, bulimia y preocupación por el alimento y conducta oral. Cada respuesta posee un valor máximo de 3 puntos. Una puntuación igual o superior a 30 en el EAT-40 indicará la presencia de un trastorno del hábito del comer, anoréctico y/o bulímico, ya clínicamente existente o encubierto

- *Ansiedad social*: Se refiere al trastorno también conocido como fobia social que se caracteriza principalmente por altos niveles de ansiedad, la evitación social y la presencia de sentimientos de vergüenza e insuficiencia personal con temor a hacer el ridículo en público (Chauca, V. , 2020).

Esta variable se medirá con la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), instrumento por el cual se puede diferenciar la ansiedad social de una timidez (Liebowitz MR, 1990). La escala fue elaborada y diseñada para poder ser aplicada en una población juvenil y adultos, su tipo de aplicación puede ser individual o grupal; consta de dos dimensiones designadas como Ansiedad y Evitación. Está compuesta de 24 ítems en una escala de tipo Likert de 4 puntos, donde una puntuación de 0 significa *nada* y 3 *mucho*.

- *Actitudes/pensamientos negativos hacia características corporales*: Reacciones (que puede expresarse en forma de pensamiento, actitud o emoción) de incomodidad e insatisfacción con el cuerpo ocasionadas por determinadas conductas, situaciones o contextos.

Esta variable se mide a través del *Situational Inventory of Body-Image Dysphoria-short form* (SIBID-S; Cash et al., 2000; 2002). Este cuestionario evalúa los sentimientos, pensamientos o actitudes de malestar en 20 contextos situacionales diferentes. Se mide en una escala que va de 0 a 4 con el objetivo de evaluar la frecuencia de los sentimientos negativos en cada una de esas situaciones acerca de su apariencia física (0 = *nunca*, 1 = *algunas veces*, 2 = *moderadamente a menudo*, 3 = *a*

menudo, 4 = *siempre* o *casi siempre*). Cuanta más puntuación presente el individuo, mayor será la frecuencia de situaciones en las que demuestra dismorfia relacionada con la IC (imagen corporal).

Procedimiento

En primer lugar, se acudirá al instituto IES JAIME II de la provincia de Alicante.

Una vez situados allí, se solicitará el permiso previo a la junta directiva con la finalidad de conseguir el consentimiento del centro para poder llevar a cabo el estudio, para ello, se pondrá en conocimiento cuáles son los objetivos en esta investigación, su procedimiento y los materiales que se emplearán para ello.

Una vez se haya obtenido el permiso de la dirección del centro, se procederá a la selección de los 100 alumnos con edades comprendidas entre 12 y 18 años, teniéndose en cuenta los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados anteriormente en el apartado de participante.

Se requerirá la aprobación de los padres y de los participantes elegidos para la investigación mediante un consentimiento escrito y formalizado, en el que se les informará sobre el procedimiento, el anonimato y privacidad de todos los datos obtenidos en el estudio.

La investigación se llevará a término en el centro a lo largo de 5 meses durante los días laborales y con un horario de nueve de la mañana a una del mediodía (el comportamiento de la variable solo se medirá una vez en el tiempo); las evaluaciones las llevarán a cabo psicólogos en las aulas del instituto y tendrán una duración de entre aproximadamente 30 y 40 minutos.

Una vez recogidos los datos se llevarán a cabo los análisis pertinentes para la contrastación de hipótesis.

Tipo de diseño y estudio

El diseño del presente estudio será de tipo correlacional, puesto que establece relaciones entre dos variables, las cuales son el TDC y el uso de redes sociales. Destacar además que es un estudio de uso únicamente relacional y descriptivo que da a conocer la fuerza y dirección de las relaciones, pero que no muestra relaciones causa-efecto.

Asimismo, consistirá en un estudio transversal, puesto que las variables serán medidas únicamente una vez en el tiempo. El estudio se realizará fuera del laboratorio,

obteniendo los datos de la realidad y estudiándolos sin manipular las variables, por lo que corresponde a un estudio de campo.

Análisis de los datos

Tras finalizar el periodo de recogida de datos a partir de los cuestionarios distribuidos, se procederá a realizar su cotejo y análisis estadístico mediante el programa Jamovi. Una vez introducidos los datos en la matriz, se llevarán a cabo análisis descriptivos de las variables aplicando el cálculo de las correspondientes medidas de tendencia central y de dispersión. Sobre la base de los parámetros estadísticos obtenidos, se hará uso de las representaciones gráficas pertinentes que permitirán la interpretación de los resultados de manera sencilla. Asimismo, puesto que el estudio se basa en un método de investigación correlacional, se establecerá la relación entre pares de variables a partir del coeficiente de correlación de Pearson y la T-Student, ambas con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

En el caso de poner en práctica el estudio de la relación entre el uso de redes sociales y el trastorno dismórfico corporal en los adolescentes, los resultados esperables serían los señalados a continuación:

En primer lugar, se prevé una menor satisfacción corporal en aquellos participantes cuyo uso de las redes sociales es frecuente, siendo de suma importancia el factor de la edad debido a la alta influencia del entorno y la sociedad en esta etapa de desarrollo de la identidad.

En lo que respecta a la posibilidad de sufrir un trastorno alimenticio, esta se verá incrementada en el caso de un uso frecuente de las redes sociales, pues la constante visualización de imágenes y vídeos de cuerpos “ideales” provocará una comparación con estos estándares de belleza, capaz de suscitar a los jóvenes a realizar cambios en su alimentación.

Con relación a la distorsión de la imagen corporal en los adolescentes, aumentará a medida que su uso de las redes sociales sea mayor, pues la percepción de su propio cuerpo se verá afectada por los ideales estéticos impuestos que ansían por alcanzar. De esta forma, se podrá observar cómo la imagen que tienen de sí mismos no coincide con la real, teniendo en cuenta su IMC (índice de masa corporal).

Atendiendo al nivel de ansiedad social asociada al TDC, se intensificará según se haga un mayor uso de las redes sociales, pues la insatisfacción corporal ocasionada a partir de la presión social de cumplir con unos cánones de belleza provocará un estado ansioso y de malestar en los adolescentes, causando sentimientos de insuficiencia y vergüenza de su propio aspecto.

Por último, las actitudes relacionadas con el TDC se verán aumentadas cuanto mayor sea el uso de las redes sociales, pues los pensamientos y conductas de los adolescentes se tornarán más negativos como resultado del efecto perjudicial de las redes y su constante divulgación del prototipo “perfecto”. Esto influirá desfavorablemente en la autopercepción de la imagen y el nivel de agrado de esta, provocando estados de inquietud y ansiedad que llevarán a comportamientos como los cambios bruscos en la alimentación, con la intención de modificar su cuerpo.

REFERENCIAS

- Ariza, P. A. (2017). *Instagram, cuerpos transformados*. [Tesis de grado no publicada]. Pontificia Universidad Javeriana.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Behar, R., Arancibia, M., Heitzer, C., & Meza, N. (2016). Body dysmorphic disorder: clinical aspects, nosological dimensions and controversies with anorexia nervosa. *Revista médica de Chile*, 144(5), 626–633.
- Esnaola Etxaniz, I. (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 183-195.
- García Rodríguez, S. (2018). *La influencia de las nuevas tecnologías en los trastornos de la alimentación*. [Tesis de grado no publicada]. Universidad de Almería.
- Girón Ramirez, J. J., & Pari Mendoza, J. J. (2021). *Insatisfacción corporal y uso de redes sociales asociados a la dismorfia muscular en estudiantes universitarios*. [Tesis de maestría no publicada]. Universidad Continental.
- Gómez Mudarra, P. (2013). *Insatisfacción con la imagen corporal y malestar emocional: un estudio de mediación múltiple*. [Tesis de maestría no publicada]. Universidad Complutense de Madrid.

- González-Martí, Irene, & Fernández Bustos, Juan Gregorio, & Contreras Jordán, Onofre Ricardo (2012). Contribución para el criterio diagnóstico de la Dismorfia Muscular (Vigorexia). *Revista de Psicología del Deporte*, 21(2),351-358.
- Jasso Medrano, J. L., López Rosales, F., & Díaz Loving, R. (2017). Conducta adictiva a las redes sociales y su relación con el uso problemático del móvil. *Acta de investigación psicológica*, 7(3), 2832–2838.
- Morselli, E. (1891). Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia [On dysmorphophobia and tafefobia]. *Bolletino della R academia di Genova*, 6, 110-119.
- Rajanala, S., Maymone, M. B., & Vashi, N. A. (2018). Selfies—living in the era of filtered photographs. *JAMA facial plastic surgery*, 20(6), 443-444.
- Rodríguez Coronado, S. C., & Salazar Talavera, M. (2011). *Factores biopsicosociales relacionados a la imagen corporal en adolescentes de la Institución Educativa*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga]. Registro Nacional de Trabajos de Investigación.
- Sandoval, M., García-Huidobro, I., & Pérez-Cotapos, M. L. (2009). Trastorno dismórfico corporal. *Revista Chilena Dermatológica*, 25(3), 244-250.
- Santos-Morocho, J. L. (2019). Evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico en un caso de trastorno dismórfico corporal. *Revista Científica Digital de Psicología PSIQUEMAG*, 8(1), 117-137.

Uso del teléfono móvil temprano y desarrollo de habilidades psicosociales en niños y niñas de 5 y 6 años

Lena Pina Modrego

Marta Gámez García

Blanca Llopis Sánchez

Raúl González Díaz

Aitana Gomis Arenas

Resumen

Los efectos del teléfono móvil en las personas desde su introducción e implementación en la sociedad han sido un importante objeto de estudio para la ciencia. En cuanto al uso temprano del móvil y sus efectos en el desarrollo se llegó a la conclusión de que afecta principalmente al desarrollo cognitivo de los niños/as de forma negativa. Así, este estudio quiere analizar la relación entre otro ámbito del desarrollo, el psicosocial, y el uso del dispositivo.

Mediante un estudio transversal con diseño correlacional se analizará la relación existente entre las variables que definen el uso del dispositivo (edad de introducción al móvil, supervisión, horas de uso, tipos de aplicaciones y control parental) y habilidades psicosociales desarrolladas. Se tomará una muestra de 200 niños/as de la provincia de Alicante entre 5 y 6 años. Se utilizará un instrumento Ad Hoc, un cuestionario que cumplimentarán los cuidadores de los niños/as.

Introducción

En las últimas décadas se ha producido uno de los mayores progresos de la tecnología y las personas no han tenido otra alternativa que adaptarse a los nuevos dispositivos desarrollados, ya que muchos de ellos se encuentran actualmente integrados en la vida cotidiana de todos. Este avance ha supuesto un gran cambio en el modo de vida de la gente, pero cabe destacar cómo ha evolucionado en el ámbito de las comunicaciones, las interacciones humanas se han visto forzadas a una modificación para poder adaptarse a esta nueva era (Romana, 2017).

El teléfono móvil es uno de los dispositivos tecnológicos más desarrollados y popularizados entre la población, responsable de las nuevas oportunidades de comunicación y socialización que ofrece. Este aparato se ha convertido en una herramienta indispensable para el día a día, tanto es así, que el 98,5% de los hogares españoles poseían algún teléfono móvil (Instituto Nacional de Estadística, 2019). Debido a este masivo uso es conveniente estudiar cómo afecta a las personas y a sus relaciones sociales. Es importante analizar cuáles son las principales utilidades que se le dan al móvil, además de estudiar en profundidad los riesgos y beneficios que brinda (Besolí et al., 2018), poniendo especial atención en los menores de edad, ya que estos empiezan a poseer móviles cada vez más pronto, y, de hecho, el 69,5% los niños/as de 10 a 15 años ya tienen uno propio (INE, 2020).

Sin embargo, poseer un móvil no es la primera aproximación que tienen al dispositivo, esta es mucho más temprana y normalmente ocurre cuando los padres les prestan su teléfono móvil como una forma de entretener a los niños/as que no les supone gastar mucho esfuerzo ni tiempo en ello. La importancia de realizar el estudio en la primera infancia es que esta situación es tan común que se estimó que el 46% de los bebés de menos de 2 años ya los utilizan (Congreso de Optometría OPTOM, 2018). Según la Organización Mundial de la Salud (2019), el uso temprano y extendido puede causar deterioros en su desarrollo y habilidades cognitivas, como, por ejemplo, en la atención. También se han demostrado deterioros en el desarrollo físico y sensorial, principalmente en la vista, por ejemplo, existe una relación entre el número de horas que una persona utiliza un dispositivo con pantalla y ser miope (OPTOM, 2018). Otro estudio muestra cómo el uso intensivo de las pantallas empeora los patrones de sueño, concretamente, en un menor tiempo total dormido (Moncada, Chacón, 2015). En cuanto al desarrollo motriz también se puede destacar cómo un abuso de pantallas táctiles puede retardar la habilidad para escribir en la primera infancia (Álvarez et al., 2018).

Todas esas investigaciones se centran principalmente en los efectos del uso del teléfono móvil en el desarrollo en los ámbitos cognitivo y social, por eso, en este estudio se quiere analizar cómo se relaciona el uso del dispositivo con el otro ámbito del desarrollo, el psicosocial. El desarrollo psicosocial se refiere a la “pauta de cambio de emociones, personalidad y relaciones sociales” (Papalia, 2021), un ámbito del desarrollo marcado por la socialización de la persona mediante la interacción con el entorno y cómo se reacciona a este, tanto interna como externamente. Algunos de los comportamientos que un niño/a suele desarrollar en la niñez temprana serían: la comprensión y regulación de las emociones, el desarrollo del autoconcepto, el comenzar a ser conscientes de su identidad de género, el interiorizar y reconocer los roles de género (Papalia, 2021), aprender conductas prosociales, buscar relacionarse con sus iguales que además posean características parecidas a ellos mismos y un mayor interés por juegos asociativos con niños/as de su mismo sexo (Parten, 1932).

Precisamente en este estudio se pretende conocer si existe una relación entre este ámbito del desarrollo y el uso del teléfono móvil a estas edades cada vez más tempranas. Conocer esta información es muy importante, sobre todo para los cuidadores, ya que un uso inadecuado por parte de los niños/as puede llevar a una alteración del comportamiento (García et al., 2021). De igual manera, se puede aconsejar mejor a los educadores acerca de cuál sería un uso correcto del mismo, para así poder fomentar adecuadamente el desarrollo de los niños/as (García et al., 2021).

La importancia de este estudio se debe a la realidad de que la gran mayoría de niños y niñas ya utilizan el teléfono móvil en la infancia temprana, y cada vez con más y más frecuencia (Rodríguez, 2015). Esto disminuye el tiempo de ocio con sus iguales y con sus cuidadores, a la vez que puede limitar el juego, el cual es considerado esencial para el desarrollo general, especialmente el psicosocial (Papalia, 2021). Por tanto, este estudio puede ayudar a comprobar tanto si el uso del teléfono móvil se relaciona con que los niños/as se relacionen más o menos (y la calidad de esas relaciones), como si el comportamiento de los niños y niñas se ve alterado, principalmente. En definitiva, este estudio pretende ser una aproximación al tema, para que otros estudios más concluyentes puedan demostrar y concluir la causalidad de las relaciones encontradas en este sobre como el uso temprano del teléfono móvil puede afectar al desarrollo psicosocial, obteniendo una imagen más completa de los efectos en todos sus diferentes ámbitos.

Objetivos

Pregunta problema:

- ¿Cómo influye el uso del teléfono móvil en el desarrollo psicosocial de niños y niñas de 5 a 6 años?

Objetivo general:

- Analizar la relación entre el uso del teléfono móvil y el desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 5 a 6 años.

Objetivos específicos:

- Analizar la relación entre la edad en la que el niño/a es introducido al uso del teléfono móvil y las habilidades psicosociales desarrolladas.
- Analizar la relación entre la supervisión por parte de los cuidadores/as mientras el niño/a está utilizando el móvil y las habilidades psicosociales desarrolladas.
- Analizar la relación entre el número de horas al día que usa el teléfono móvil y las habilidades psicosociales desarrolladas.
- Analizar la relación entre el tipo de aplicaciones móviles que utiliza y las habilidades psicosociales desarrolladas.
- Analizar la relación entre el uso de control parental en el teléfono móvil y las habilidades psicosociales desarrolladas.

Hipótesis:

- Si se le introduce antes de los 4 años al uso del teléfono móvil, desarrollará en menor medida habilidades psicosociales.
- Si se supervisa al niño/a mientras utiliza el móvil, desarrollará habilidades en mayor medida psicosociales.
- Si utiliza el teléfono móvil más de 2 horas diarias, desarrollará habilidades en menor medida psicosociales.
- Si juega a videojuegos con temática o contenido violento en el teléfono móvil, desarrollará en menor medida habilidades psicosociales.
- Si el control parental está activo en el dispositivo móvil, el niño/a desarrollará en mayor medida habilidades psicosociales.

Método

Participantes

Se seleccionará una muestra representativa de 200 niños y niñas entre 5 y 6 años de edad en la provincia de Alicante. El principal criterio de inclusión es el hecho de que los niños/as utilicen el teléfono móvil, ya sea propio o de los padres/madres/tutores; y el criterio de exclusión es la presencia de trastornos que afecten al desarrollo psicosocial como el síndrome de Down o un Trastorno del Espectro Autista.

Variables e instrumentos

Variables relacionadas con el uso del teléfono móvil:

- *Edad de introducción al teléfono móvil.* La edad en años en la que el niño/a comenzó a utilizar el teléfono móvil. Se recogerá mediante un ítem cerrado en el que habrá que indicar la edad en años en la que el niño/a comenzó a utilizar el teléfono, propio o prestado.
- *Supervisión.* Se entiende como supervisión que los cuidadores del niño/a estén presentes y atentos de la actividad de su hijo/a mientras utilice el móvil. Se medirá mediante un ítem cerrado con respuesta dicotómica sobre si utilizan el móvil la mayoría del tiempo supervisados o no.
- *Horas de uso.* Referida a la media de horas diarias de utilización del teléfono móvil por, únicamente, el niño/a. Se obtendrá por medio de un ítem cerrado de respuesta corta, donde se indicará cuántas horas al día suele utilizar el móvil su hijo/a.
- *Tipos de aplicaciones.* Referente a la temática de las aplicaciones más utilizadas por el niño/a en el teléfono móvil. Se recogerá por medio de tres ítems de respuesta cerrada dicotómica, donde se pregunta si el niño/a utiliza aplicaciones de tipo red social, plataforma de streaming y videojuegos respectivamente. Además, en el caso de utilizar aplicaciones de videojuegos, se pregunta por medio de un ítem cerrado de respuesta múltiple la temática o temáticas de los mismos (simulación, arcade, deportivo, estrategia, acción/violentos/de lucha y juegos de mesa).
- *Control parental.* El control parental es una herramienta que los teléfonos y muchas aplicaciones tienen, que permiten controlar el acceso a ciertas aplicaciones y el contenido que el niño/a puede ver, limita todo contenido que supere la edad límite impuesta por los padres (por ejemplo, si un niño/a tiene 6 años, lo adecuado sería poner el límite en la edad recomendada para menores de 7 años). Suele controlarse mediante un pin que se pide al intentar acceder al

contenido inapropiado. Se recogerá preguntando si está activado el uso del control parental mediante un ítem de respuesta dicotómica de sí o no.

Habilidades psicosociales

Esta variable se define como la capacidad del niño/a para socializar, adaptar y regular su conducta a la sociedad, junto con todos los procesos psicológicos que derivan de esta acción, como los relacionados con las emociones o las relaciones. Esta a su vez se divide y mide en 4 dimensiones. Se mide mediante 16 ítems cerrados en formato de escala con 5 opciones de respuestas cada una. Todas las escalas son tipo Likert, donde se indica cómo de acuerdo se está con una afirmación (siendo el 1 “totalmente en desacuerdo” y el 5 “totalmente de acuerdo”) excepto los ítems de la dimensión autonomía, donde la respuesta también es una escala del 1 al 5, pero 1 significa que no lo hacen o no saben, 5 que saben y lo hacen con iniciativa propia, y las puntuaciones intermedias indican en qué grado necesitan ayuda u órdenes para realizar la acción. La puntuación se encuentra en un rango de 16 a 80, y, mayor puntuación significa más habilidades psicosociales desarrolladas:

- *Autonomía*. Se refiere al grado de dependencia que el niño/a tiene hacia sus cuidadores. Para su medición se realizan 5 ítems donde se pregunta si su hijo/a sabe vestirse solo/a, si recoge su cuarto o juguetes con o sin indicaciones previas, si sabe asearse solo/a y si lo hace por propia iniciativa, si hace los deberes solo/a y si ayuda en las tareas de casa. Todos los ítems son directos.
- *Intereses*. Corresponde al hecho de si resultan atractivas o no ciertas actividades. Para recoger los datos, se realizan 4 ítems donde se pone de manifiesto si el infante tiene interés por jugar a juegos que no sean videojuegos, leer, la vida social y practicar deporte. Estos ítems son directos.
- *Relaciones interpersonales*. Las interacciones recíprocas o bidireccionales que establece el niño/a con sus cuidadores y con sus iguales (compañeros/as de clase). Se recoge mediante 3 ítems. En cuanto a la relación con sus cuidadores, para recoger los datos se ha incluido un ítem donde se pregunta si el infante les expresa afecto. Después, para la medición de las relaciones entre iguales se pregunta si el niño/a disfruta jugando con niños/as de su misma edad y si le resulta difícil adaptarse a los cambios. Todas son ítems directos.
- *Expresión y autorregulación emocional*. La expresión emocional explica el grado en el que un niño/a es capaz de comprender y verbalizar sus emociones, y

de comunicarlas adecuadamente. La autorregulación emocional es el control consciente que el niño/a ejerce sobre su reacción ante determinadas emociones y las situaciones que las causan; por ejemplo, la tristeza o la ira y las rabietas que pueden conllevar pero que con autorregulación podrían controlar. Para recoger los datos se han planteado 4 ítems, donde se pregunta si el infante sabe nombrar sus emociones; si las expresa o comunica; si son habituales son las rabietas; y si tiene reacciones violentas. Los 2 primeros ítems son directos y los 2 últimos son inversos.

El instrumento propiamente dicho que se utilizará para este estudio será un cuestionario Ad Hoc (Anexo 2) con 26 ítems en total dividido en 2 secciones.

Por un lado, la dedicada a medir las variables derivadas del uso del teléfono móvil, que contará con 10 ítems cerrados de respuesta dicotómica y opción múltiple.

Por otra parte, la segunda sección dedicada a medir la puntuación de las habilidades psicosociales. Está basada en la literatura teórica de diferentes escalas sobre el desarrollo psicosocial. Las escalas que se han consultado para crear la propia son: la *escala de desarrollo psicosocial de René Zazzó y Marie Claude Hurtig*, la cual aporta varias dimensiones a tener en cuenta: adquisición de conductas de autodirección, desarrollo del interés, y desarrollo de relaciones interpersonales; y, la *escala Merrill-Palmer-R*; la cual aporta el enfoque socioemocional como vital para este desarrollo.

Procedimiento

Para obtener una muestra representativa y suficiente, se acudirá a 10 colegios públicos de la provincia de Alicante. En concreto, se visitarán los CEIPS Vistahermosa (Aspe), Puig Campana (Benidorm), Eugeni D'ors (Elche), Jaime I (San Vicente), San Blas (Alicante), Sánchez Albornoz (Novelda), La Foia (Petrer), Virrey Poveda (Petrer), La Teixereta (Ibi) y Luis Gosálbez (Tibi).

Primeramente, se repartirá una circular (Anexo 1) en todas las aulas de preescolar de 5 y 6 años de los centros indicados, que convocará a aquellos padres/tutores que quieran participar en el estudio. Para ello, con anterioridad será consultado con el comité de ética de la UMH para que evalúe y certifique el estudio, así como con el equipo directivo de cada centro para que la aprueben. En esta circular además de informar sobre los criterios de inclusión y exclusión, la confidencialidad del estudio, y pedir que adjunten la firma que asegure que aceptan participar en el estudio, a

aquellos padres/madres/tutores interesados adjuntarán un correo electrónico o número de teléfono móvil al que se le enviará bien vía Gmail o bien vía WhatsApp el cuestionario Ad Hoc. Precisamente para facilitar los trámites en cuanto a la privacidad del menor, sus datos serán directamente proporcionados por sus padres o tutores legales, quienes tendrán que cumplimentar el cuestionario.

Una vez recogida la circular, se mandará de forma individual el enlace al cuestionario mediante Google Forms. El plazo de respuesta será de una semana.

Tipo de diseño y estudio

El diseño que se ha seguido en este estudio es observacional o no experimental, en concreto, correlacional. Este diseño se caracteriza por analizar las relaciones entre variables: su fuerza, su dirección y si estas son significativas. Esto permite corroborar o refutar las hipótesis planteadas. La principal limitación de este diseño, al no ser experimental, es que no se va a poder establecer causalidad entre las variables, para eso serán necesarios futuros estudios.

Atendiendo a la localización, este estudio supone además un estudio de campo, ya que el estudio que se realiza en un ambiente natural donde no se modifican las variables, solo se miden al completar los sujetos de la muestra un cuestionario de manera no intrusiva. En función del momento de medida es transversal, ya que se mide una única vez en el tiempo.

Análisis de datos:

Los datos recogidos mediante el cuestionario de Google Forms, que se almacenan en forma de Excel, se importarán al programa Jamovi.

Se comprobará si los datos son válidos y representativos. Para ello, se observa la representación gráfica de las diferentes variables en un histograma, que debería asemejarse a una campana de Gauss en las variables que no son dicotómicas. Para las variables cualitativas, sean dicotómicas o múltiples, se obtendrán las tablas de frecuencias de estas con sus porcentajes.

El siguiente paso en el presente estudio correlacional, es obtener el coeficiente de correlación de Pearson entre las diferentes variables del uso del teléfono móvil y la puntuación obtenida en desarrollo psicosocial. Se tendrá en cuenta la fuerza y la dirección, además de la significancia, de las relaciones para corroborar o refutar las hipótesis.

Por otra parte, para analizar las variables bivariadas, se va a utilizar también el análisis T-Student, con un nivel de confianza de 95%. Con estos resultados se comprobará el tamaño del efecto d que permite ver si es pequeño, moderado o grande.

Resultados esperados

Una vez realizado el estudio, se esperarán los siguientes resultados en base a las hipótesis planteadas:

En primer lugar, si la introducción al teléfono móvil se hace con anterioridad a los 4 años el desarrollo de las habilidades psicosociales se dará en menor medida, se espera que esta hipótesis se cumpla. Ello se debe a que el uso de estos dispositivos está contraindicado para los infantes, así como gran parte del contenido al que se puede acceder con ellos, precisamente por razones como esta. Además, cuanto más joven se es, mayor es la plasticidad o la capacidad para que factores externos afecten al desarrollo de un niño/a, por lo que un uso problemático será más dañino cuando más temprano sea.

Después, en relación con la supervisión del uso del teléfono, si el niño/a es supervisado/a por un adulto mientras hace uso se desarrollarán más habilidades psicosociales. Parece coherente que el hecho de hacer un uso supervisado puede aumentar las relaciones positivas con los cuidadores, ya que este puede suponer además un tiempo de calidad y aprendizaje para los niños/as en compañía de un adulto. Además del tiempo compartido con los cuidadores, se espera que la autorregulación aumente. Y, de hecho, esta hipótesis se espera que resulte ser verdadera, sobre todo en relación a las relaciones interpersonales. Sin embargo, puede ser que, en cuanto a la autorregulación, esta sea falsa, que una supervisión constante la capacidad de controlarse a uno mismo/a en vez de aumentarla, ya que solo obedecerán al ser vigilados/as.

Además, esta hipótesis se relaciona en gran medida con la hipótesis sobre el control parental, donde se espera que si este se encuentra activado se desarrollarán en mayor medida las habilidades sociales. La razón de ello radica en que si el uso del móvil no es supervisado, ni presencial ni digitalmente, es muy fácil que los infantes puedan acceder desde aplicaciones de streaming a contenidos audiovisuales inadecuados para su edad, que pueden incluir violencia, lenguaje soez o contenido sexual; o al uso de aplicaciones diseñadas para personas de mayor edad, sean redes sociales, donde se puede encontrar contenido de cualquier temática con increíble facilidad, o juegos de temática violenta/inadecuada. Además del fácil acceso a estos

contenidos, la falta de supervisión podría llevar a un aumento en el tiempo de uso del dispositivo, que resulta perjudicial para el desarrollo como se expone en el siguiente párrafo. Por lo tanto, debido a su estrecha relación con la anterior hipótesis esta se espera que sea verdadera también.

En relación al tiempo de uso, si este es superior a dos horas, se desarrollarán en menor medida las habilidades psicosociales, y se espera que esta hipótesis resulte verdadera. Ello se debe a que el uso excesivo del teléfono móvil supone en gran parte una disminución del ocio y juego interpersonal, tanto familiar como con los iguales, además de que se reducen en gran parte las interacciones sociales y las actividades al aire libre. Todas ellas variables propias de un buen desarrollo psicosocial y concretamente de las habilidades sociales.

Finalmente, en cuanto al tipo de aplicaciones, y dentro de estas, de videojuegos que se utilizan en el dispositivo, si estos presentan temática o contenido violento (catalogados como “acción” en el instrumento), el desarrollo psicosocial se verá mermado. Ello se debe a que precisamente el contenido violento no es adecuado para la edad considerada en este estudio (5-6 años) por el hecho de resultar perjudicial para el correcto desarrollo conductual de los más pequeños, a causa de que con este pueden aprender patrones de conducta inadecuados, entender que la violencia como única solución o roles sociales completamente erróneos o, lo más peligroso, tratar de llevar estas situaciones a la realidad. Esta hipótesis tiene probabilidades de ser falsa, la causa de ello puede ser que para la edad procurada en el estudio ya es presente el pensamiento simbólico y un razonamiento un poco más coherente que al inicio de la infancia temprana, que les permite comprender la diferencia entre realidad y ficción, sin embargo, esto son meras suposiciones que deberán investigarse.

Referencias

- Álvarez, R. A. S., Cordero, N. M. C., & Salazar, A. Z. C. (2018). Influencia de la tecnología en el desarrollo integral de los niños en la primera infancia. *Memorias del cuarto Congreso Internacional de Ciencias Pedagógicas de Ecuador: La formación y superación del docente: “desafíos para el cambio de la educación en el siglo XXI”*, 2018, ISBN 978-9942-17-033-0, págs. 127-136, 127-136.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7220711>

- Aranda Sánchez, M., Brante Lara, M. y Robles Cárdenas, L. (1995). *Estandarización de la escala de desarrollo psicosocial de René Zazzó y Marie Claude Hurtig en niños de cinco años de edad*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/133366>
- Besolí, G., Paloma, N., & Chamarro, A. (2018). Uso del móvil en padres, niños y adolescentes: Creencias acerca de sus riesgos y beneficios. *Aloma: Revista de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte*, 36(1). <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/328>
- Catanzaro, I. R. (2017). *Los niños y la tecnología: el uso de la tablet y del smartphone*. Dehesa. Repositorio Institucional de la Universidad de Extremadura. Tesis doctorales. <http://hdl.handle.net/10662/6484>
- Gale H., Jackie L. (2011) *Merrill-Palmer-R: Escalas de desarrollo Merrill-Palmer revisadas* (Sánchez F. Trad.). TEA Ediciones, S.A.
- García, M., Poveda, J., & Garófalo, R. (2021, 3 marzo). El uso del teléfono móvil y los cambios de comportamiento en niños de 5 años. *Revista Clake Education*, 2(2). <http://www.revistaclakeeducation.com/ojs/index.php/Multidisciplinaria/article/view/77>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares*. https://www.ine.es/prensa/tich_2020.pdf
- Luna Rosales, B. M. (2019). *Monografía. Infancia Temprana*. <http://repositorio.une.edu.pe/handle/UNE/3147>
- Moncada Jiménez, J., & Chacón Araya, Y. (2015). El efecto de los videojuegos en variables sociales, psicológicas y fisiológicas en niños y adolescentes (The effect of playing videogames on social, psychological and physiological variables in children and adolescents). *Retos*, 21, 43-49. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i21.34603>
- Organización Mundial de la Salud. (2019, 24 abril). *Para crecer sanos, los niños tienen que pasar menos tiempo sentados y jugar más*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado 16 de enero de 2022, de <https://www.who.int/es/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2021). *Desarrollo Humano* (14.^a ed.). McGraw-Hill Education.

Parten, M. B. (1932). Social participation among pre-school children. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 27(3), 243–269.

<https://doi.org/10.1037/h0074524>

Rodríguez Varela, A. (2015). *Hábitos y problemas del sueño en la infancia y adolescencia en relación al patrón de uso del teléfono móvil. Estudio transversal*. <https://roderic.uv.es/handle/10550/50055>

Factores influyentes en la reinserción social de los presos

Érika Barberá Aura
Elena García Prieto
Olga Ibarra Serrano
Candela Aveillan Torres
Claudia María Delgado Sánchez

Resumen

El objetivo del subsecuente estudio es analizar la relación entre la capacidad de reinserción social de un grupo de ex presidiarios y variables tales como el tipo de delito, el padecimiento de un trastorno mental grave, la reincidencia o la edad de los presos. Así pues, se procederá a pasar un cuestionario de veintidós ítems a 150 exconvictos de la cárcel alicantina de Fontcalent, con el requisito de que sean mayores de edad y que lleven mínimo un año fuera de prisión. Dicho cuestionario será completado con el objetivo de comprobar las hipótesis realizadas en el estudio. Finalmente, se analizarán los diferentes resultados y se podrá establecer una conclusión, permitiendo a su vez que el estudio pueda ser replicable.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por reinserción social al proceso por el que se vuelven a integrar en la comunidad a individuos que dejaron de formar parte de ella tras haber sido privados de libertad (Llamas, 2007).

El objetivo del sistema penitenciario español no es únicamente aplicar la ley, y por tanto garantizar el cumplimiento de las penas y la tutela de los reclusos, sino también lograr su rehabilitación social (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2014). Este hecho se recoge a su vez en la Constitución española de 1978 “Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados”, artículo 25.2 del BOE (Constitucional Española, 1978).

La reinserción social de las personas que han cometido algún tipo de delito ha sido un tema de debate en diversos ámbitos a lo largo de los años, además de haberse cuestionado la eficacia de los efectos de la estancia en prisión (Cutíño, 2015). Sin ir más lejos, en España, el porcentaje de los presos que reinciden en sus actos delictivos es más del 50% (García, 2013).

Por lo general, existe un gran estigma sobre las personas que han pasado tiempo en prisión, teniendo grandes dificultades para integrarse en el mercado laboral (Larrauri & Jacobs, 2011). En efecto, parece ser que una de las dificultades con las que se enfrentan para reinsertarse es encontrar un puesto de trabajo, siendo este fundamental para conseguir un nivel socioeconómico suficiente para subsistir y poder disponer de una vivienda en la que residir, sin tener que recurrir a cometer actos delictivos para conseguirlo. Asimismo, la inserción laboral es un eje relevante en la desvinculación de la vida delictiva y una señal de predisposición a la participación social. El mero hecho de lograr acceder a un puesto de trabajo, hace que una persona se vuelva más autónoma y estable, aumentando así la posible reinserción social (Zertuche, 2022).

También, se considera como un elemento esencial para la reinserción social, contar tanto con apoyo de cercanos así como de relaciones familiares de calidad (Martí & Cid, 2015). Así pues, la influencia de la familia es fundamental por el asiento emocional y la motivación que puede proporcionar para que una persona aprenda a vivir en sociedad respetando a los demás, a sí mismo y a la ley (Bell et al., 2002).

Por otra parte, estudios previos apuntan que la edad puede ser determinante a la hora de valorar la reinserción social. Estos refieren a que cuanto mayor sea la edad tenga la persona egresada, menores serán sus oportunidades laborales debido a la discriminación por edad en el mercado, así como una peor adaptación a los cambios

sociales. Además, también alegan que las personas con una edad superior pueden presentar más problemas de salud y, por ende, mayores necesidades médicas que alguien más joven (Lynch & Morash, 2006).

Otro de los factores que podrían tener relación con la reinserción es la presencia de trastornos mentales, pues las personas que padecen de una enfermedad mental tienen más probabilidades de establecer contacto con el sistema de justicia penal (Zabala, 2015). Asimismo, ciertos estudios postulan que estas personas tienen mayor dificultad de funcionamiento e integración, de la mano de un mayor riesgo de aislamiento, deterioro y dependencia, y por lo tanto, una mayor probabilidad de reincidencia (Fernández & Ballesteros, 2017). Particularmente el inicio de una enfermedad mental ha sido relacionado con la perpetración de delitos violentos (Dean et al., 2018).

Otro posible factor relacionado con la reinserción es la gravedad del delito cometido, viéndose este directamente relacionado con el tiempo de condena impuesto. Ciertamente, estudios postulan que aquellos internos españoles con delitos graves, y por tanto, con un mayor tiempo de condena, enfrentan significativas dificultades al tratar de reintegrarse a la sociedad. Esto puede ser debido a su prolongada estancia en un entorno no convencional y en ocasiones hostil, lo que lleva a pensar que durante dicho proceso de prisionalización pueden sufrir consecuencias psicológicas negativas derivadas del propio encarcelamiento (Moreno & Bueno-Guerra, 2018).

A la luz de estos datos, cobra relevancia indagar en este tema, ya que en la actualidad, tiende a subestimarse el proceso de reinserción, el cual puede llegar a ser considerablemente arduo. En numerosas ocasiones, reincorporarse a la sociedad podría presentar más dificultades que la propia vida entre rejas, pues la estancia en prisión supone un estancamiento en el tiempo mientras que el mundo sigue avanzando, inhabilitando así a la persona en numerosos ámbitos de su vida cotidiana. Resulta interesante la realización de este estudio cuyo objetivo es investigar el grado de relación entre variables que tienden a influir en el proceso de reintegración, para así lograr una comprensión más profunda de cómo facilitar una reinserción exitosa para aquellos individuos que han estado privados de su libertad. Asimismo, es esencial abordar este proceso de manera integral y efectiva, ya que la reintegración exitosa no solo beneficia a los individuos involucrados, sino que también contribuye positivamente a la sociedad en su conjunto.

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Qué factores influyen en la reinserción social de aquellos que han estado en la cárcel en España?

Objetivo general

Analizar los factores que influyen en la reinserción social de personas que han estado en la cárcel en España.

Objetivos específicos

- Analizar la relación entre la edad y la reinserción social.
- Analizar la relación entre la presencia de un trastorno mental grave y la reinserción social.
- Analizar la relación entre el tipo de delito y la reinserción social.
- Analizar la relación entre la reincidencia de la persona y la reinserción social.

Hipótesis

- A menor edad, será más probable la reinserción social.
- Si la persona padece un trastorno mental grave, será menos probable la reinserción social.
- Si la persona ha cometido un delito grave, la reinserción será menos probable.
- Si se trata de una persona reincidente, será menos probable la reinserción social.

MÉTODO

Participantes

Para esta investigación se ha estimado un tamaño muestral de 150 participantes. Se seleccionarán ex presidiarios, de la cárcel alicantina de Fontcalent, con una edad mínima de 18 años, que hayan cometido algún tipo de delito. Además, tendrán que haber pasado un mínimo de un año fuera de prisión, para poder evaluar su capacidad de reinserción social de la manera más realista posible.

VARIABLES e INSTRUMENTOS

A todos los participantes se les pasará como instrumento un cuestionario (ver anexo 1), constituido por dieciséis ítems, el cual recoge las diferentes variables del estudio:

-Reinserción social: considerada como la capacidad de una persona condenada a prisión, por haber cometido delitos, a integrarse en la sociedad una vez pasada la condena, sin volver a delinquir, llevando asimismo una adecuada vida socio-afectiva, laboral y con independencia económica (Martínez, 2019). Se trata de la variable criterio y se estudiará desde el ítem cinco hasta el catorce del cuestionario (número de horas que trabaja a la semana, dificultad para encontrar trabajo, disposición de apoyo familiar o social, tipo de delito cometido, etc.). Cada una de las variantes de esta variable tiene cinco opciones de respuesta, donde se asignan de menor a mayor números del uno al cinco. Aquí las puntuaciones altas corresponderán a una alta probabilidad de reinserción.

-Edad: esta variable se encuentra en el ítem uno del cuestionario, correspondiente al momento en el que se contesta el mismo.

-Presencia de trastorno mental grave: referido a individuos que presentan un trastorno mental grave y por tanto, tienen una percepción o idea anormal de sus acciones. Estos trastornos suponen perder el contacto con la realidad, y cuentan con síntomas tales como delirios y alucinaciones, llegando incluso a desencadenar trastornos antisociales relacionados con actos delictivos (Amador et al., 2019). Algunos ejemplos pueden ser: espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos destructivos del control y de la conducta, trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, etc. Esta variable se encuentra reflejada en el ítem cuatro del cuestionario y se medirá a partir de un ítem con respuesta de opción dicotómica de “sí” o “no”.

-Tipo de delito: se diferencia el tipo de delito en función de si es considerado grave o leve. Se estiman como delitos graves aquellos que implican pasar más de cinco años en la cárcel y se encuentran entre los que establece el Código Penal en el artículo 33.2, considerándose estos, agresiones tales como: [1] La *agresión sexual*; [2] el *delito grave de amenaza*, definido como la advertencia de que se dañará a una persona o a su familia, ya sea mediante aborto, tortura, homicidio, secuestro o lesiones, entre otros; [3] el *delito grave de secuestro*; [4] el *delito grave de homicidio*, según el cual se le da muerte a otra persona con deslealtad y premeditación, ya sea de manera personal o por recibir una recompensa y [5] el *delito fiscal*, que requiere defraudar más de 600.000 euros o pertenecer a una organización o grupo criminal. En contraposición, se consideran delitos leves aquellos que son castigados con multas de hasta 3 meses, presencia de armas (hasta 1 año de prisión), privación del derecho a conducir,

localización permanente y trabajos en beneficio de la comunidad hasta 30 días, que se recogen en el artículo 33.4 CP, como delitos de hurto, estafas, agresión o coacción. El ítem que refleja esta variable es el tres y se medirá mediante una opción de respuesta dicotómica que corresponde a las respuestas “grave” o “leve”.

-Reincidencia: reiteración de un comportamiento delictivo tras permanecer en la cárcel en un pasado (Nguyen et al., 2011). Esta variable se localiza en los ítems quince y dieciséis, y se medirá a partir de estos dos ítems con opción de respuesta dicotómica de “sí” o “no” en cada uno.

Procedimiento

En primer lugar, se contactará con los directores del centro penitenciario y psiquiátrico de Foncalent en Alicante, la localización del estudio seleccionada, para poder pedir los diversos permisos y registros de los expresidarios que cumplan con los requisitos que se nombraran posteriormente.

La elección de los 150 participantes se llevará a cabo mediante un muestreo aleatorio simple, puesto que se requiere que la muestra de expresidarios sea lo más representativa posible. Esta toma de muestras se llevará a cabo mediante una serie de procesos; se contactará con los dirigentes de la cárcel de Fontcalent y se requerirán los datos de cada uno de los expresidarios que cumplan con los criterios de inclusión deseados.

Se les asignará a cada uno de ellos un número distinto y, a continuación, se introducirá dicho marco de muestreo en una hoja de cálculo de Excel, haciendo uso de la fórmula necesaria donde la propia aplicación sacará al azar los 150 participantes, con el objetivo de obtener un muestreo aleatorio simple.

Una vez obtenidos los permisos necesarios, se contactará con los expresidarios seleccionados y se les informará del cuerpo de la investigación. En caso de aceptar su participación en la investigación, se les pedirá una serie de datos personales para poder contactar con ellos cuando el estudio tenga lugar, tales como el correo electrónico, y/o un teléfono para poder contactar con ellos si fuese necesario, además de un consentimiento firmado. Su participación en el estudio se obtendrá mediante la firma del correspondiente consentimiento informado.

Una vez realizada esta serie de procedimientos, recibirán, por vía correo electrónico o por llamada, una citación para realizar el cuestionario de forma presencial, en base a unas instrucciones.

En cuanto a las instrucciones acerca del cuestionario, este deberá ser completado en presencia de él/los investigadores en la Universidad Miguel Hernández, lugar donde se está llevando a cabo la investigación. Será de suma importancia el anonimato a la hora de realizar el cuestionario.

Todo el procedimiento llevará el visto bueno de la Oficina de Investigación Responsable (OIR) de la Universidad Miguel Hernández.

Tipo de diseño y estudio

El tipo de diseño seleccionado ha sido el correlacional, puesto que se analiza la relación entre la reinserción social y variables tales como la edad, el tiempo de condena, la presencia de trastornos mentales graves y la reincidencia.

Asimismo, el tipo de estudio que se lleva a cabo es transversal, es decir, se evalúa a los presos en un único momento.

Por otro lado, en función de la localización, se trata de un estudio de campo, pues la investigación es natural al no modificar variables.

Análisis de datos

Una vez hayan sido recopilados los datos en su totalidad, se llevará a cabo la codificación, la categorización y el análisis de los mismos mediante el programa de análisis estadístico IBM SPSS (2019). Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables recogidas en la encuesta, mediante análisis de distribución de frecuencias para variables cualitativas o categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Además, se utilizará un nivel de confianza del 95% para analizar la posible relación de cada uno de los diferentes factores que pueden estar relacionados en las variables que definen la reinserción.

Por una parte, para analizar el grado de correlación entre la variable edad y la reinserción social se utilizará la correlación de Pearson. Por otra parte, el análisis de la relación entre la presencia de trastorno mental, delito grave o leve y reincidencia con la reinserción social, se llevará a cabo mediante la t de Student.

RESULTADOS ESPERABLES

Coincidiendo con las hipótesis anteriormente planteadas, tras haber analizado los datos, los resultados esperables son los siguientes:

En lo referente a la *edad*, se espera que, al salir de prisión, los individuos más jóvenes tengan una inclusión más probable, y por ende, que los de mayor edad tengan una menor probabilidad para lograr su reintegración. Estos resultados se basan en la mayor probabilidad de los más jóvenes en encontrar círculos sociales en los que participar y, además en que posiblemente los de mayor edad tengan un rango de reacción limitado ya que pueden tener ciertas actitudes ya asentadas.

En cuanto al padecimiento de un *trastorno mental grave*, entendido este como la presencia de delirios e imaginaciones sujetas a sensaciones como la persecución, el control del individuo por una “fuerza mayor” ajena o el miedo a los propios pensamientos, se espera que aquellos que padezcan este tipo de trastorno tengan menor probabilidad de tener una reinserción social exitosa. Esto se debe a que las personas que padecen trastornos mentales graves pueden enfrentarse a desafíos adicionales a los de integrarse a la sociedad, puesto que algunos trastornos mentales graves pueden afectar a la capacidad de una persona para funcionar en diferentes ámbitos de la vida, tales como el trabajo, las relaciones sociales y la vida cotidiana.

Por otro lado, en cuanto al *tipo de delito*, la reinserción social será menos probable si este es grave, es decir, si se trata de alguno de los delitos anteriormente comentados. Si se trata de un delito leve, se supone que la reinserción será más probable, puesto que los individuos llevarán menos tiempo alejados de la sociedad y bajo la influencia del ambiente penitenciario. Además, en cuanto al individuo que haya cometido un delito grave, debido al estigma social y a la falta de programas de rehabilitación efectivos, el individuo se enfrentará a limitaciones mayores para reinsertarse con éxito. Por añadidura, lidiará con mayores desafíos emocionales y de comportamiento dada la gravedad del delito cometido.

Finalmente, en lo que concierne a la *reincidencia*, si se trata de una persona que tiende a reincidir en sus actos delictivos, la reinserción social será menos probable dado que podría haber desarrollado una propensión a llevar a cabo comportamientos delictivos de manera recurrente.

REFERENCIAS

- Amador, A. G., Saavedra, D., Garfía, C. X., y Chávez, J. J. (2019). Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6(11), 34-39.
<https://doi.org/10.29057/estr.v6i11.3832>

- Bell, R., Illán, N., y Benito, J. (2010). Familia-Escuela-Comunidad: Pilares de la inclusión. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 69(24, 3), 47-57.
- Constitución Española. (1978). *Boletín Oficial. Del Estado*, num. 311, 29313-29424 del BOE, 6 de diciembre del 1978.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>)
- Cutiño, S. (2015). Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas. *Revista Electrónica de de Ciencia Penal y Criminología*, 17(11),1-42.
- Dean, K., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Webb, R. T., Mortensen, P. B., y Agerbo, E. (2018). Risk of Being Subjected to Crime, Including Violent Crime, After Onset of Mental Illness: A Danish National Registry Study Using Police Data. *JAMA Psychiatry*, 75(7), 689-696.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0534>
- García, E. (2013). ¿Los conocimientos criminológicos modulan la actitud punitiva? *Estudios sobre el mensaje periodístico*, 19, 753.
http://dx.doi.org/10.5209/rev_ESMP.2013.v19.42158
- Fernández, P., y Ballesteros, F. (2017). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: Un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 16(1), 15-36.
- Larrauri, E. y Jacobs, J. (2011). Reinserción laboral y antecedentes penales. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 13(9), 1-25.
- Llamas, M. G. (2007). Reinserción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios. *Health and addictions*, 7(1), 57-73.
- Lynch, S. M. & Morash, M. (2006). Age and Reentry: The Experiences of Older Adults Returning from Prison. *Journal of Offender Rehabilitation*, 9(2), 125-136.
- Martí, J. & Cid, J. (2015). Encarcelamiento, lazos familiares y reincidencia. Explorando los límites del familismo. *Revista Internacional de Sociología*, 73(1), 3.
- Martínez, S. (2019). *Reinserción social en España: Métodos utilizados en la actualidad y sus efectos sobre la reincidencia*. Universidad Pontificia Comillas. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.
- Moreno, C., Bueno-Guerra, N. (2018). *Consecuencias psicológicas y propuestas de mejora ante el encarcelamiento de larga duración*. Universidad Pontificia Comillas. Repositorio Comillas.

- Nguyen, T., Arbach-Lucioni, K., y Andrés-Pueyo, G. A. (2011). Factores de riesgo de la reincidencia violenta en población penitenciaria. *Revista de derecho penal y criminológica*, (6), 273-294.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2014). *El Sistema Penitenciario Español*. Ministerio del Interior. <https://prisionesformacion.com/wp-content/uploads/el-sistema-penitenciario-espanol.pdf>
- Zabala Baños, C. (2017). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia* [Tesis doctoral publicada]. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Zertuche, V. K. (2022). *La reinserción laboral de los egresados de centros penitenciarios en Nuevo León. Un análisis desde la perspectiva del trabajo decente y el desarrollo sustentable* [Tesis doctoral publicada]. Universidad Autónoma de Nuevo León, España.

Relación entre el consumo de crack y el riesgo de cometer actos delictivos.

Desireé Hernández Jiménez

Fiorella Melisa Grasso

Lucía García Moneo

Emma Jiménez Calero

Silvia García Martínez

Resumen

El objetivo de este estudio se basará en el análisis de diversos factores asociados al consumo de crack y su relación con el riesgo de cometer actos delictivos. Los factores que se medirán serán la frecuencia de consumo de dicha sustancia, el grado de adicción, la edad de inicio de consumo, el policonsumo y el índice de riesgo de cometer actos delictivos. Se llevará a cabo un estudio transversal con la participación de personas de entre 18 y 50 años, usuarias de los centros de desintoxicación y Unidades de Conductas Adictivas de la provincia de Alicante. Posteriormente, mediante los instrumentos Drug Abuse Screening Test, el Structured Assessment of Violence Risk in Youth y el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders se medirán las diferentes variables y se analizarán los resultados para comprobar si, efectivamente, hay relación entre el consumo de crack y el riesgo de cometer actos delictivos.

Introducción

Hoy en día, el consumo de drogas es uno de los problemas más graves respecto a la salud pública actual, sobre todo entre los jóvenes (Sitnick et al., 2014). Durante el último año, según datos emitidos por el Gobierno de España en el informe de drogas del 2021 (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021), se ha registrado un 77,2% de consumo de drogas legales y un 10,5% de consumo de sustancias ilegales por individuos de edades comprendidas entre los 17 y los 64 años. Además, destaca un aumento en el consumo de estas sustancias entre los jóvenes ya que, como señalan los datos recogidos por el gobierno de España, en el año 1995, la edad de los consumidores de drogas ilegales era mayor que la edad de los consumidores de drogas en la actualidad, es decir, se ha visto que cada vez se empieza a consumir a una edad más temprana (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021).

Entre las drogas ilegales, el crack destaca debido a la gran adicción que genera y a su económico coste (Caravaca, 2014), es por ello que el presente estudio se basa en esta droga: el crack. El crack es un tipo de droga que se sintetiza a partir del calentamiento de la pasta base de la cocaína y agua mezclada con bicarbonato de sodio y otros solutos que, cuando se seca, forma cristales que son fumados en pipas (Escohotado, 1998). A causa del bajo precio de esta droga, el crack es mayoritariamente consumido por personas que se encuentran en situaciones socioeconómicas vulnerables (Caravaca, 2014). El crack es una de las drogas más peligrosas y nocivas debido a la rapidez que tiene para alcanzar sus máximos efectos en el cerebro, lo cual sucede en cuestión de segundos (Torres, 2017). Tras consumirla, los primeros efectos que aparecen son euforia, miedo, ansiedad y, más tarde, depresión; los efectos a largo plazo pueden ser hipertensión, temblores, paranoias y brotes psicóticos, entre otros (Chaves et al., 2011). Sin embargo, estos efectos no son prolongados en el tiempo, pues el consumidor experimenta cómo desaparece la euforia y entra en un estado de malestar y cansancio tras haber transcurrido de 5 a 15 minutos desde su consumo (Torres, 2017).

Por lo tanto, a pesar de ser una droga barata y de fácil acceso para aquellas personas que se encuentran en una situación socioeconómica más vulnerable, debido al gran grado de adicción que posee, genera pérdidas de dinero para aquellos que la consumen con más frecuencia, ya que deben comprarla de forma más regular o en mayores cantidades (Varanda y Adorno, 2004). Es por esto que gran parte de sus consumidores se ven en la necesidad de cometer actos vandálicos, tales como robos, atracos con violencia o, incluso, ejercer la prostitución (Silva, 2000). Los consumidores

de drogas no solo se ven en la necesidad de cometer delitos para poder permitirse consumir, sino que también delinquen como consecuencia de este consumo, ya que, según un estudio, el 42% de los delitos violentos y no violentos entre población canadiense, probablemente no habrían ocurrido si la persona no hubiera estado bajo los efectos de drogas como el alcohol o sustancias psicoactivas (entre las que se encuentran drogas como la cocaína y el crack) (Young et al., 2021).

Es así cómo se muestra una relación entre las drogas y la criminalidad, ya que autores como Raskin (2000) afirman que existen diversos factores comunes entre las personas que consumen drogas y cometen delitos. Algunos de estos factores son las características predisuestas genéticamente o el temperamento de la persona, además de la gran influencia del ambiente (como el lugar de residencia, la relación que se mantenga con los progenitores, las amistades y las personas con las que se relacione), pueden ser factores que determinan conductas criminales o toxicómanas (Schulman, 2014). Además, se ha demostrado que la intoxicación por sustancias estupefacientes tiene una relación directamente proporcional con el comportamiento delictivo, ya que los actos que se describen a través de diversos estudios de investigación no se hubieran producido si la persona no hubiese estado bajo los efectos de estas sustancias (Young et al., 2021).

Dada la falta de investigación que existe actualmente sobre la relación del consumo de crack y el riesgo de cometer actos delictivos entre la población española, a excepción de los relacionados con la compra-venta de drogas, en este estudio se planteará una investigación con la que se pretende determinar si existe relación entre el consumo de crack y el riesgo de cometer actos delictivos entre población española de 18 a 50 años.

Objetivos

Pregunta problema

¿Hay relación entre el consumo de crack y el riesgo de cometer actos delictivos?

Objetivo general

Estudiar la relación entre el consumo de crack y el riesgo de cometer actos delictivos.

Objetivos específicos

- Estudiar la relación entre la frecuencia del consumo de crack y el riesgo de cometer actos delictivos en españoles de entre 18 y 50 años.

- Estudiar la relación entre el grado de adicción al crack y el riesgo de cometer actos delictivos en españoles de entre 18 y 50 años.
- Estudiar la relación entre la edad de inicio del consumo de crack y el riesgo de cometer actos delictivos en españoles de entre 18 y 50 años.
- Estudiar la relación entre consumo de crack junto a otras sustancias y el riesgo de cometer actos delictivos en españoles de entre 18 y 50 años.

Hipótesis

- Si los consumidores refieren un mayor consumo de crack, entonces presentarán un mayor riesgo de cometer actos delictivos.
- Si los consumidores refieren una mayor adicción al crack, entonces presentarán un mayor riesgo de cometer actos delictivos.
- Si los consumidores refieren una edad de inicio de consumo de crack más temprana, entonces presentarán un mayor riesgo de cometer actos delictivos.
- Si los consumidores refieren un policonsumo de sustancias con crack, entonces tendrán un mayor riesgo de cometer actos delictivos.

MÉTODO

Participantes

Para realizar este estudio, se recogerá una muestra compuesta por un total de 200 participantes, de los cuales 150 serán hombres y 50 mujeres. Esta diferencia de muestra se debe a que está demostrado que actualmente sigue habiendo más hombres consumidores de sustancias psicoactivas que mujeres (Vicent, 2016). Es por esto que no pueden tomarse muestras equitativas, es decir, con el mismo número de hombres que de mujeres, ya que no sería una representación real de la sociedad actual. Todos ellos tienen que tener una edad comprendida entre 18 y 50 años y ser parte de la población española, además de ser procedentes de Unidades de Conductas Adictivas o de centros de desintoxicación de la provincia de Alicante, realizando así un muestreo por conveniencia.

Quedarán excluidos del estudio aquellos participantes que hayan cometido delitos antes de empezar a consumir crack, a excepción de la compra-venta de drogas ilegales, ya que dificulta el análisis sobre el riesgo de cometer actos delictivos debido al consumo de dicha sustancia.

VARIABLES e INSTRUMENTOS

-Frecuencia de consumo: Se define como frecuencia de consumo el número de días que se consume una sustancia, en este caso el crack, en el último mes.

-Policonsumo: La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) define el término policonsumo como el consumo de más de un tipo de droga por parte de una persona. En este caso el consumo de crack junto a otras sustancias, por ejemplo el alcohol.

La frecuencia y el policonsumo se evaluarán con el *Drug Abuse Screening Test (DAST)*. El DAST se trata de una escala de autoinforme de 28 elementos con formato de respuestas dicotómicas (de “sí” o “no”) que sirve para detectar la gravedad del abuso de drogas en adultos (Skinner et al., 1986).

-Grado de adicción: Se define como grado de adicción el nivel de dependencia a una sustancia, en este caso al crack, que produce placer o estímulos al individuo que la padece, pudiendo llegar a cambiar su comportamiento (Instituto HES, 2020). Se evaluará con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. El DSM-5 consiste en un manual que aporta información acerca de la codificación, clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales. Con él se medirá el grado de adicción, mediante los criterios para evaluar el “Trastorno por consumo de sustancias” que figura en el manual.

-Edad de inicio de consumo: La edad de inicio de consumo hace referencia al año y edad en el que un individuo comienza a consumir una sustancia, en este caso crack. Se evaluará con un ítem preguntando la edad de inicio de consumo.

-Riesgo de cometer actos delictivos: Se considera como factor de riesgo a cualquier circunstancia, situación o característica que incremente la probabilidad de cometer actos delictivos. Se evaluará con el *Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*. El SAVRY se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa y valora el riesgo a cometer actos delictivos utilizando 30 ítems, de los cuales 24 son de riesgo y 6 de protección. La respuesta a estos ítems se valora con una clasificación de “bajo, moderado o alto”, y al terminar la entrevista se procede a una valoración global en la que mayores puntuaciones sugieren mayor riesgo de cometer actos delictivos.

Por último, el criterio de exclusión de no haber cometido delitos con anterioridad se evaluará con un ítem con respuesta dicotómica (sí/no).

Procedimiento

La selección de la muestra se hará mediante un muestreo por conveniencia, se contactará con los centros de desintoxicación y Unidades de Conductas Adictivas (UCA) de la provincia de Alicante y se pedirá permiso a los directores de los centros para poder realizar allí la investigación.

Una vez obtenido el permiso, un investigador irá a cada centro para informar a los pacientes del objetivo de la investigación y del tipo de preguntas que se les hará, el anonimato y privacidad de los datos recogidos para así solicitar el consentimiento firmado de cada participante.

A continuación se procederá a la evaluación de los pacientes, individualmente, mediante una entrevista de aproximadamente 10 o 15 minutos en la que el investigador le hará las preguntas referidas en los instrumentos descritos anteriormente y anotará las respuestas en papel. Se acudirá a los centros hasta obtener el número de participantes necesarios.

Por último, se recogerán los datos y serán trasladados para realizar el análisis de datos.

Tipo de diseño y estudio

El diseño de la presente propuesta es de tipo correlacional, pues en él se realiza una comparación entre dos variables: "el consumo de crack" y "el riesgo de cometer actos delictivos", sin mostrar relaciones causa-efecto sino tendencias. Así pues, se pretende determinar o medir si existe alguna relación entre el consumo de crack y el riesgo de cometer actos delictivos. Además, se trata de un estudio de campo ya que no se pretende modificar la conducta de los participantes, sino observar su comportamiento natural.

Por otro lado, cabe señalar que el tipo de estudio que se lleva a cabo es transversal. En este sentido, un estudio transversal es aquel que supone la recogida de una única muestra y no requiere un seguimiento en el tiempo cuando este ha finalizado. En el caso del presente estudio, se pretende conocer la relación existente entre el consumo de crack y el riesgo de cometer actos delictivos por parte de los individuos seleccionados.

Análisis de los datos

Tras la recopilación de los datos obtenidos con los instrumentos descritos, se efectuará una codificación y una contrastación de los datos a través del programa estadístico SPSS. De este modo, se realizará un análisis descriptivo de las variables

cuantitativas con herramientas como la media, varianza y desviaciones típicas. Por último, mediante la correlación de Pearson, con una confianza del 95%, se estudiará la posible relación entre las dos grandes variables de nuestro estudio: el consumo de crack y el riesgo de cometer actos delictivos.

Resultados esperables

Los resultados que se esperan obtener de este estudio son varios. En primer lugar, tras la evaluación de los individuos, consumidores de crack, y el análisis de sus resultados se espera obtener una correlación positiva entre el consumo de crack y el riesgo de cometer actos delictivos.

Teniendo en cuenta que distintos estudios previos han mostrado la relación entre el consumo de drogas (entre las que se encuentra el crack) y la violencia asociada a la delincuencia (Empresa Sin Drogas, 2018), se espera que los participantes evaluados muestren mayor riesgo a cometer actos delictivos. Esto se debe a que la influencia de una droga, en este caso el crack, crea modificaciones en la conducta y el estado mental del individuo que la consume, potenciando comportamientos agresivos y violentos a causa de una sobreestimulación de la amígdala, que es la responsable del control de emociones como el miedo y la ira. Los primeros efectos que produce el crack son euforia, miedo, ansiedad, y más tarde depresión, mientras que los efectos a largo plazo pueden ser hipertensión, temblores, paranoias y brotes psicóticos entre otros (Chaves et al., 2011).

De esta forma, se espera que los sujetos que presentan una mayor frecuencia de consumo y un mayor grado de adicción al crack muestren mayor riesgo a cometer actos delictivos. Asimismo, se espera que aquellos que consumen con mayor frecuencia crack presenten una mayor adicción, por lo que los efectos de dicha droga pueden verse acentuados respecto a los que la consumen en menor frecuencia.

Por otro lado, estudios previos muestran que la edad de inicio de consumo se encuentra entre los 18 y 23 años (Magariños, 2017). Así pues, tras el análisis, se espera que la mayoría de consumidores de crack con mayor predisposición a cometer actos delictivos sean personas con una edad de inicio de consumo temprana, entre 18 y 23 años. De la misma forma, aquel individuo que se encuentre en contacto con un consumidor de crack mostrará una mayor predisposición a adoptar esta conducta, influyendo en la edad de inicio de consumo. Es decir, las personas que estén rodeadas

de personas consumidoras de crack tendrán una predisposición a consumir crack a una edad más temprana, y por lo tanto tendrán mayor riesgo de cometer actos delictivos.

Por último, tras el análisis del policonsumo, se espera que los sujetos que consumen más de un tipo de droga aparte del crack, presenten un mayor riesgo a cometer actos delictivos. La combinación de diferentes drogas pueden aumentar sus efectos y ser más impredecibles, favoreciendo conductas de agresividad, enajenación o paranoia (National Center for Injury Prevention and Control, 2022), lo que puede incrementar el riesgo de cometer actos delictivos.

Referencias

- World Health Organization. (1994). Lexicon of alcohol and drug terms. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39461>
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7(4), 363-371. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90005-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90005-3)
- Skinner, H. A., & Goldberg, A. E. (1986). Evidence for a drug dependence syndrome among narcotic users. *British Journal of Addiction*, 81(4), 479-484. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1986.tb00359.x>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243 p. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021_OEDA-INFORME.pdf
- Vicent, R.C. (2016). Hombres, Mujeres y Drogodependencias. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Caravaca, J. (2014). Crack: el inicio de la piedra en Brasil. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 27, 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.16182>
- Torres, A. Crack (droga): sus efectos y consecuencias de consumirla. 2017. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/drogas/crack-droga>
- Schulman, D. (2014). Drogas y criminalidad. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5030250>

- Empresa Sin Drogas. La relación entre las drogas y la violencia. 2018, 13 de junio.
Disponible en: <https://antidopingmexico.com/la-relacion-entre-las-drogas-y-la-violencia/>
- National Center for Injury Prevention and Control. (2022, 15 de noviembre). Datos sobre el uso de múltiples sustancias. 2022, 15 de noviembre. Disponible en: <https://www.cdc.gov/stopoverdose/polysubstance-use/es/index.html>
- Young, MM. De Moor, C. Kent, P. Stockwell, T. Sherk, A. Zhao, J. Sorge, JT. Farrell, S. Weekes, J. Biggar, E. Maloney-Hall, B. (2021). Attributable fractions for substance use in relation to crime.
<https://doi.org/10.1111/add.15494>
- Alarcó-Rosales, R. (2022). *Efectos adversos asociados al consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo en la población adolescente* [Tesis doctoral, Universidad de Alicante]. Repositorio institucional RUA.
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/123738>
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2006). Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Escohotado, A. (1998). *Historia de las drogas*. Editorial Alianza.
- Varanda, V., & Adorno, R. C. F. (2004). Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Rev. Saúde e Sociedade*, 13(1), 56-68. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>
- Silva, S. L. (2000). *Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do "Crack"*. [Tesis de maestría, Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo]. Repositorio USP. DOI:[10.11606/D.6.2000.tde-27042008-180551](https://doi.org/10.11606/D.6.2000.tde-27042008-180551)

Eficacia de la intervención con actividad física en el tratamiento de trastorno de juego patológico

Daniel Gutiérrez Madrid

Claudia Granero Ramírez

Cristina Asensi Carretero

María Cano Vico

María Carrillo Andreu

Rocío Rojo Pérez

Resumen

El objetivo del presente estudio es comprobar la eficacia de la intervención con actividad física en las personas con trastorno del juego patológico, para mejorar diferentes aspectos de la conducta como son el nivel de ansiedad, culpa, autocontrol o asertividad. Para ello se han seleccionado a 500 participantes de distintas unidades de conductas adictivas de la provincia de Alicante, donde 250 personas conformarán el grupo control y 250 el grupo experimental. A este último se le aplicará la intervención. Se medirán antes y después de la intervención los distintos ítems que se pretenden trabajar en este estudio con el fin de ver si el tratamiento es eficaz.

Introducción

Se entiende como adicción al juego la “incapacidad del jugador para controlarse y por la alteración que se produce en áreas significativas de su vida, de manera que el juego se convierte en el centro de la vida del sujeto” (Ruiz, 2009, p. 146).

Por otro lado, el DSM-5 (American Psychiatric Association o APA, 2014), define el juego patológico como una problemática “persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo” y que se manifiesta cuando el individuo presenta cuatro o más de los criterios diagnósticos para esta patología, durante un periodo de un año. Algunos de estos criterios diagnósticos son los siguientes: Sentir la necesidad de apostar cada vez mayores cantidades de dinero para conseguir la excitación deseada, o estar nervioso o irritado cuando se intenta abandonar o reducir el tiempo de juego, existiendo reiterados esfuerzos previos por controlar o abandonar el juego sin éxito (APA, 2014).

El jugador patológico a menudo apuesta cuando siente desasosiego o culpa, o vuelve para intentar “recuperar” las pérdidas después de perder dinero en el juego (APA, 2014).

En un estudio realizado por Cárdenas et al. (2014), se demostró que las personas con tendencia a presentar trastorno de juego patológico suelen evitar situaciones que les puedan generar conflicto, dolor, responsabilidad o confrontación, y no tienen la capacidad de controlar el impulso por jugar. Este impulso se debe a que el juego se convierte en una necesidad incapaz de saciar, y también porque se crea una falsa ilusión de control sobre el juego. (Cárdenas et al., 2014).

Además, se ha demostrado que el trastorno de juego patológico está relacionado con otros trastornos psiquiátricos, como por ejemplo la ansiedad, lo cual se conoce como patología dual. (Aramayo, 2010). La relación que encontramos entre el juego patológico y la ansiedad proviene de que, las personas que padecen el trastorno del juego patológico suelen padecer ansiedad, además de que cuando llevan un tiempo apostando pueden experimentar síntomas de depresión o ansiedad, por el hecho de no poder dejarlo y querer hacerlo (Gutiérrez et al., 2022).

Por otro lado, este estudio pretende medir la relación que guarda el trastorno de juego patológico con la asertividad. Según Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Moreno y Garrosa (2006), se determinó que quienes manifiestan baja asertividad son más propensos a desarrollar depresión, mayor vulnerabilidad a situaciones de acoso psicológico y más rasgos de neuroticismo y ansiedad (Madrigal, 2009).

El tratamiento que se va a llevar a cabo para reducir el juego patológico es la intervención con actividad física.

El ejercicio físico es una técnica rehabilitadora, ya que conduce a un cambio en la vida de las personas que presentan algún trastorno psicológico. Además, el deporte hace que la persona no se disocie de su cuerpo, mente y alma, y la incita a explorar sus capacidades, alejándola así de los trastornos psicológicos pues invierte su tiempo en el ejercicio y no en otra cosa. Por tanto, los beneficios que podemos obtener de la actividad física son el incremento de la fuerza de voluntad y el autocontrol, disminuyendo los niveles de estrés, ansiedad, y agresividad (Dharnish Véliz, 2013). Además, se ha decidido realizar este tratamiento debido a que el ejercicio físico parece mejorar el rendimiento en otro tipo de conductas adictivas (Biondi, 2007). De esta forma, observando los beneficios que tiene la actividad física en personas con otros trastornos patológicos, y la eficiencia que ha tenido en algunos trastornos con conductas adictivas, este estudio pretende probar la eficacia de la intervención con actividad física en los síntomas del trastorno de juego patológico, ámbito en el que aún no se ha estudiado.

Objetivos

Pregunta problema

- ¿Es eficaz la intervención con actividad física en personas con trastorno de juego patológico?

Objetivo general

- Analizar la eficacia de una intervención con actividad física sobre los síntomas psicológicos de las personas con trastorno de juego patológico de entre 18 y 60 años de la provincia de Alicante.

Objetivos específicos

- Analizar la eficacia de la intervención con actividad física sobre los niveles de ansiedad de las personas con trastorno de juego patológico de entre 18 y 60 años de la provincia de Alicante.
- Analizar la eficacia de la intervención con actividad física sobre el autocontrol de las personas con trastorno de juego patológico de entre 18 y 60 años de la provincia de Alicante.

- Analizar la eficacia de la intervención con actividad física sobre la culpa de las personas con trastorno de juego patológico de entre 18 y 60 años de la provincia de Alicante.
- Analizar la eficacia de la intervención con actividad física sobre los niveles de asertividad de las personas con trastorno de juego patológico entre 18 y 60 años de la provincia de Alicante.

Hipótesis

- Las personas con trastorno patológico que se sometan a la intervención con actividad física tendrán un menor nivel de ansiedad frente a las personas que no reciban la terapia.
- Las personas con trastorno patológico que se sometan a la intervención con actividad física tendrán un mayor autocontrol frente a las personas que no reciban la terapia.
- Las personas con trastorno patológico que se sometan a la intervención con actividad física presentarán un menor sentimiento de culpa frente a las personas que no reciban la terapia.
- Las personas con trastorno patológico que se sometan a la intervención con actividad física mejorarán su capacidad de asertividad frente a las personas que no reciban la terapia.

Método

Participantes

Para la realización de este estudio se escogerán a 500 adultos, con la intención de que el número de hombres y mujeres sea lo más equitativo posible, de entre 18 y 60 años que presenten trastorno de juego patológico. Dichos participantes serán escogidos de la unidad de conductas adictivas de distintos centros de la provincia de Alicante, concretamente de Elche (departamento de Elx-hospital general), Elda (departamento de Elda), Alcoi (departamento d'Alcoi) y Alicante (departamento de Sant Joan d'Alacant). Se excluirán a aquellos participantes que estén recibiendo otro tratamiento específico para este mismo trastorno y a los participantes que presenten trastorno mental grave.

VARIABLES e INSTRUMENTOS

En este apartado se operativizarán tanto las variables dependientes como las variables independientes del estudio. Las variables dependientes son las siguientes:

Variables Dependientes

Ansiedad: sentimiento de inquietud, miedo e inseguridad. Va acompañado de palpitations y sensación de nerviosismo e incluso a veces se puede llegar a tener ataques de pánico. Esta variable se medirá mediante el inventario de Beck, BAI (BAI; Aaron T. Beck, 1988), que consta de 21 ítems con una puntuación final de entre 0 y 63. Si el resultado es de 00–21 se diagnosticará ansiedad muy baja, si el resultado es de 22–35, ansiedad moderada, y si es de más de 36, ansiedad severa.

Autocontrol: según un estudio de Quintero et al., (2022), el autocontrol es la capacidad de la persona de ejercer dominio sobre sí mismo, para controlar sus propias emociones o conductas, permitiendo así afrontar cada aspecto de la vida con mayor serenidad y eficacia, evitando que las emociones se apoderen del control de la propia persona. Para medir el autocontrol se utilizó la Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal (ECIRyC; Ramón y Cajal, 2002). Se trata de una escala que mide diversos factores como la impulsividad, inmediatez, la imposición y el riesgo, para así poder sacar una puntuación total. Cada ítem tendrá cuatro posibles respuestas basadas en la frecuencia.

Culpa: sensación de responsabilidad frente a un suceso negativo que produce incomodidad y malestar en la persona que la siente. Esta variable se medirá mediante la escala de Sentimiento de Culpa (SC-35; Zabalegui, 1993, 1997). Es una escala de tipo Likert que consta de 35 ítems con 4 categorías de respuestas, donde estas van desde *falso* (con una puntuación de 1 punto) a *verdadero* (con una puntuación de 5 puntos). Sin embargo, cuando los ítems son negativos, las respuestas son las mismas, pero con la puntuación al revés, es decir, *falso* (5 puntos) y *verdadero* (1 punto). Un ítem no contestado o incorrecto son 3 puntos. Cuanta más puntuación se obtenga, mayor sentimiento de culpa se experimentará.

Asertividad: capacidad de poder manifestar cualquier emoción o sentimiento hacia otras personas de una manera apropiada, y no de una manera fría y agresiva. En este estudio se mide la asertividad en situaciones en las que las personas con trastorno de juego

patológico han sufrido una pérdida reciente de dinero. Dicha variable se medirá con el Test de Asertividad de Spencer A. Rathus en 1973 (Madrugal, 2009), el cual se modificaría y adaptaría de tal forma que el resultado brinde la información necesaria para ver los distintos niveles de asertividad en relación a la pérdida de dinero de las personas con trastorno de juego patológico. Este test consta de 30 ítems con un total de 6 tipos de respuestas, las cuales contienen desde una puntuación 3 (muy característico en mí) hasta -3 (nada característico en mí).

Variables independientes

- Grupo control: Las personas pertenecientes a este grupo no recibirán la intervención, por lo tanto, en este grupo se verán reflejados los resultados finales del tratamiento impuesto al grupo experimental.
- Grupo experimental: las personas que pertenecen a este grupo sí recibirán la terapia con actividad física.

Criterios de Exclusión

Se evaluarán dichos criterios de exclusión preguntándoles si están recibiendo otro tratamiento específico para este trastorno o para aquellas personas que presenten otro trastorno mental grave con un ítem de respuesta dicotómica: *sí* o *no*.

Procedimiento

Para la realización de este estudio se llevará a cabo una intervención dividida en tres fases.

Fase 1. *Consentimiento informado*. Se informará al equipo directivo de las unidades de conductas adictivas de los centros de la provincia de Alicante seleccionados anteriormente sobre la investigación que se pretende llevar a cabo, y se solicitará la colaboración de los integrantes de dichos centros. Una vez aprobado el consentimiento por parte de la dirección del centro, se enviará a todos los integrantes de la unidad de conductas adictivas la información necesaria acerca de la intervención junto con un formulario de aprobación de cesión de datos y conformidad para que firmen aquellos que quieran participar en la terapia.

Fase 2. *Evaluación*. Se separará a los participantes, de forma aleatoria, en dos grupos de 250 personas cada uno, constituyendo los que serán el grupo experimental y el grupo control, y con la intención de que ambos grupos sean lo más homogéneos posibles. Al grupo control se le comunicará que serán avisados más adelante para realizar con ellos la intervención planteada, con el fin de que no sean conscientes del verdadero propósito de su participación en el estudio.

Fase 3. *Intervención*. La terapia constará de cuatro sesiones: Tres sesiones serán grupales, con una duración de 3 horas y divididas en dos turnos de 1h y media, un turno por la mañana y otro por la tarde. La primera de estas sesiones consistirá en una evaluación previa de los participantes antes de aplicar el tratamiento. Por último, la cuarta sesión será individual, de una hora de duración.

La intervención en su totalidad durará 10 días, con una sesión grupal de 3 horas cada día en los primeros tres. Los siete días restantes se dedicarán exclusivamente a la realización de la sesión individual a los 250 participantes. Cada día se evaluará a 36 participantes, y en el séptimo día serán evaluados los restantes, 34 participantes.

Únicamente recibirán la intervención con actividad física los participantes que conformen el grupo experimental. La fase de intervención consistirá en:

Sesión 1. *Evaluación antes de tratamiento, grupal*. Los participantes recibirán una charla informativa sobre las actividades físicas que se llevarán a cabo a lo largo de todas las sesiones, y sobre cómo están estructuradas las distintas sesiones de la intervención. Antes de comenzar, se aplicará a los participantes la batería de cuestionarios anteriormente mencionados, con el fin de valorar los niveles de culpa, ansiedad, autocontrol y asertividad de la muestra antes de la terapia. Responderán además un cuestionario para que los investigadores sean conscientes de las capacidades y limitaciones de cada participante en el ámbito del ejercicio físico.

Sesión 2. *Grupal*. Los participantes realizarán actividades físicas en grupo, donde se enfrentarán en dos equipos, y trabajarán los siguientes aspectos:

- Control de las emociones dentro del juego
- Tolerancia hacia el resto de compañeros
- Capacidad de comunicación con el equipo

Sesión 3. *Grupal*. Se realizarán actividades físicas en grupo, pero con el fin de trabajar aspectos individuales de cada participante:

- Tolerancia a la pérdida dentro del juego.
- Valoración de las limitaciones y capacidades de uno mismo

Se propondrán a los participantes varias pruebas, donde aspirarán a la obtención de una serie de puntos en función del rendimiento de cada participante en cada prueba. Se contarán los puntos de los participantes al finalizar cada prueba, modificando el ranking antes de terminar la competición. De esta forma los participantes deberán aprender a lidiar con la pérdida dentro del juego.

Sesión 4. *Individual*. Una vez finalizada la intervención con actividad física en el grupo experimental, se volverá a someter a los participantes de ambos grupos a los cuestionarios de medida de los niveles de ansiedad, culpa, asertividad y autocontrol. Con el fin de observar si la intervención ha producido algún cambio en el grupo experimental, y valorar así si ésta es efectiva en el tratamiento sobre el trastorno del juego patológico.

Al finalizar la intervención, se realizarán dos sesiones adicionales: la primera transcurridos 6 meses, y la segunda pasados 12 meses de haber concluido la terapia. Ambas sesiones se llevarán a cabo con la intención de realizar un seguimiento en los participantes del estudio para comprobar si ha sido o no efectivo el tratamiento.

Tipo de Diseño y Estudio

Se trata de un diseño experimental con medida pre test y post test, puesto que se evaluará como afecta la terapia, variable independiente, sobre las variables dependientes del estudio. El presente estudio se clasifica dentro de los experimentos de campo, ya

que se lleva a cabo en un ambiente natural, y es un estudio longitudinal prospectivo debido a que las variables se medirán más de una vez.

Se dispondrá de dos grupos, donde en uno de ellos se aplicará la terapia con ejercicio físico para poder observar la relación causa-efecto que tiene esta. Las variables se medirán antes, tras finalizar el tratamiento y en los siguientes seis y doce meses.

Análisis de Datos

Dado por concluido el estudio, los datos pertinentes recogidos a través de las distintas pruebas se analizarán mediante el programa estadístico informático SPSS.

Una vez establecida la matriz de datos con los datos obtenidos, se llevará a cabo un análisis descriptivo de las variables a través del cual se calcularán la media, la desviación y las puntuaciones típicas.

En segundo lugar, el análisis comparativo de estos resultados se efectuará por el análisis t de Student, para comparar las puntuaciones medias de ambos grupos. Además, se empleará el coeficiente de correlación de Pearson para estudiar la relación entre las variables en cuestión, cuyo nivel de confianza se eleva hasta el 95%.

Resultados Esperables

El resultado esperado tras el análisis de los datos recogidos en la investigación en relación con la hipótesis 1, sería la reducción del nivel de ansiedad de los participantes tras ser sometidos a la intervención con actividad física. Se espera que disminuyan el sentimiento de preocupación y la sensación de vulnerabilidad de las personas que reciben la terapia en el momento de la realización de apuestas, al no saber el resultado que se obtendrá.

En cuanto a la hipótesis 2, se espera un aumento del nivel de autocontrol de los participantes tras recibir la intervención. Se prevé el incremento de la capacidad de poder para regular los pensamientos, comportamientos o emociones en personas con trastorno de juego patológico a la hora de realizar apuestas y tras el resultado de éstas.

Respecto a la hipótesis 3, la mejora del nivel de asertividad tras ser sometidos a la intervención con actividad física. Se espera observar el crecimiento de la capacidad de comunicación y expresión de emociones y pensamientos de una manera correcta en personas con trastorno de juego patológico en situaciones límite como la pérdida de dinero tras la apuesta.

Por último, respecto a la hipótesis 4, se espera la disminución del sentimiento de culpa tras ser sometidos a la intervención con actividad física. Por lo tanto, se prevé el decrecimiento del sentimiento negativo hacia sí mismo en cuanto a la responsabilidad en personas con trastorno del juego patológico, sentimiento que tiene lugar tras una pérdida grande de dinero o tras percatarse del tiempo pasado en lugares de apuestas. Con los resultados obtenidos se pretende disminuir los síntomas psicológicos con la realización de una intervención con actividad física sobre personas con trastorno de juego patológico de entre 18 y 60 años de la provincia de Alicante, pues se ha demostrado que la terapia con ejercicio físico funciona tanto en la deshabituación a las drogas (Biondi, 2007) como en la reducción de los niveles de ansiedad (Dharnish Véliz, 2013).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: DSM-5®. Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®* (1.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Aramayo, J. I. I. (2010). El juego como evasión. *Norte de Salud Mental*, 8(36), 123-128.
- Biondi, R. F. (2007). *La importancia de la actividad física en el tratamiento de deshabituación a las drogas. 14.*
- Cárdenas, C. del C. G., León, A. M. G., Alvarado, M. de los A. U., Alcedo, J. M. G., & Torrellas, A. I. L. (2014). Esquemas cognitivos presentes en posibles jugadores patológicos. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 7(1), 15-24.
- Dharnish Véliz, J. (2013). *Deporte y recreación como técnicas eficaces de la terapia ocupacional en el tratamiento de los trastornos de ansiedad con los adolescentes privados de libertad del Centro Juvenil de Detención Provisional (CEJUDEP)*. Recuperado 22 de enero de 2023, de <https://core.ac.uk/reader/228382293>
- García Alonso, Y., Gorospe Amo, A., López Seisdedos, A. B., Vázquez Arranz, I. (1997). *CLINICA Y SALUD. 1997. Año 8. Vol 8. N° 2*. Recuperado 20 de enero de 2023, de <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/1997/vol2/arti6.htm>
- Gutiérrez, R., Cesar, S., Castillo, B., & Moisés, S. (2022). *TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE: Médico Cirujano.*

- Madrigal, M. L., Vargas Halabí, T. (2009). *Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S.) en una muestra de adultos costarricenses*. 28(41).
- Quintero-Gil, J., Álvarez-Pérez, P. A., & Restrepo-Escobar, S. M. (2022). Las Habilidades de Autocontrol y Autorregulación en la Edad Preescolar. *Journal of Neuroeducation*, 2(2), Art. 2.
<https://revistes.ub.edu/index.php/joned/article/view/38773>
- Ramos Brieva, J. A., Sáiz Ruiz, J., & Gutiérrez Zotes, A. (2002). Escala de Control de los Impulsos «Ramón y Cajal» (ECIRyC). Desarrollo, validación y baremación. *Actas esp. psiquiatr*, 160-174.
- Ruiz, J. I. (2009). Juego Patológico En Usuarios De Casinos En Bogotá: Prevalencia Y Relaciones Con Consumo De Alcohol, Búsqueda De Sensaciones Y Patrones De Juego. *Revista Colombiana de Psicología*, 18(2), 145-156.
- Sanz, J., García-Vera, M.P., Fortún, M. (2012). *EL "INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK" (BAI): PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICOLÓGICOS*.
- Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, Garrido, S. J., Cupani, M., Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, Arbach, K., & Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. (2017). Aplicación del Modelo de Escala de Clasificación Para Examinar las Propiedades Psicométricas de la Self-Control Scale. *Psykhe (Santiago)*, 26(2). <https://doi.org/10.7764/psykhe.26.2.980>

El bienestar psicológico de los familiares convivientes de personas con esquizofrenia

Rita Molina Alberola
Esther del Castillo Fuentes
Alejandra Lloret Molines
Nerea Salgado Cerdán
Pablo Arques Pascual

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar el estado de salud mental y el miedo ante una situación violenta, en este caso un brote psicótico, que puede presentar un familiar conviviente de una persona con esquizofrenia. Para su realización, se contactará con hospitales especializados pertenecientes a la Comunidad Valenciana, para poder localizar a familiares de pacientes con dicha enfermedad sometidos a tratamiento, pero no internados, y realizarles diferentes encuestas. Los familiares tendrán que contar con un rango de edad específico, entre 40 y 60 años y, como anteriormente se ha mencionado, ser convivientes del paciente. La recogida y comparación de respuestas a las encuestas informarán de su situación en cuanto al nivel de miedo y bienestar que poseen los familiares.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio es analizar el miedo a los brotes psicóticos que puede sufrir un familiar de una persona con esquizofrenia, con la cual conviven. La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más conocidas cuyos síntomas más característicos son los delirios, las alucinaciones, la desorganización del pensamiento y la reducción de la emociones, el lenguaje, la motivación y la función cognitiva (Gejman y Sanders, 2012). Es una enfermedad psiquiátrica que puede darse de forma hereditaria o por un cambio de procesos químicos en el cerebro.

Como la mayoría de estudios o investigaciones de este tipo se realizan en torno a enfermedades mentales desde el punto de vista de los pacientes, en nuestro estudio investigamos cómo afecta esta enfermedad desde la perspectiva de los cuidadores, ya que estas enfermedades no afectan únicamente a aquellas personas que la padecen.

Muchos estudios realizados por neurólogos y psiquiatras afirman que estudiar esta enfermedad sería muy beneficioso, tanto para el campo científico, como para las personas que la sufren y para sus cuidadores, ya que cuanto mayor sea el conocimiento de esta enfermedad, habrán mejores tratamientos y diagnósticos clínicos.

Estudiar el bienestar psicológico de los convivientes de pacientes con esquizofrenia es un campo relativamente reciente, ya que antiguamente los pacientes que sufrían dicha enfermedad solo contaban con el apoyo de los médicos. En la actualidad, existen casos en los que los pacientes pueden vivir con sus familiares.

Algunos de los estudios hablan sobre la calidad de vida del cuidador, como el estudio de Leiderman, Eduardo A. (2013). En dicho estudio se compara la calidad de vida y la sobrecarga del cuidador de un paciente con esquizofrenia y bipolaridad. Finalmente, concluyó que los cuidadores de pacientes con esquizofrenia sufrían de una alta sobrecarga y de una gran sintomatología depresiva, y tenían una menor calidad de vida.

Se han encontrado otro tipo de estudios que determinan la relación entre la sobrecarga del cuidador y las estrategias de afrontamiento en los familiares de pacientes con esquizofrenia en rehabilitación, estudio de Hidalgo Padilla, L.M. (2013). Además, en este estudio, encontramos que un cuidador debe orientar su vida a cubrir las necesidades de su familiar con esquizofrenia, poniendo en segundo plano sus necesidades, lo que provoca un gran desgaste emocional, físico y mental.

En otro tipo de investigaciones se ha evaluado el estrés que padecen dichos cuidadores, a través de la evaluación del malestar emocional, e indican que los aspectos culturales desempeñan un importante papel respecto a la sobrecarga del cuidador. En el

estudio de Mora-Castañeda, B., Fernández-Liria, A., Pedroso-Chaparro, M., & Márquez-González, M. (2020), compara los niveles de carga y depresión entre los cuidadores de pacientes con esquizofrenia y pacientes con demencia.

El último estudio, Anzaldúa, A. D. (2009), tiene como objetivo determinar el grado de psicopatología y la calidad de vida de los familiares que cuidan a un paciente con esquizofrenia, comparando distintas variables.

Teniendo en cuenta los estudios mencionados, el nuestro evalúa los diferentes grados de posibles síntomas de bienestar psicológico de los cuidadores principales, mediante las variables estrés, ansiedad, calidad de sueño, comunicación con los familiares y malestar físico. En esta investigación se entiende por bienestar psicológico, tener un bajo nivel de estrés, un bajo nivel de ansiedad, una alta calidad de sueño, una buena comunicación con los familiares y un bajo malestar físico. Tomando como base estas variables, se realizará un estudio correlacional para determinar la calidad de vida de los cuidadores con familiares que padecen esquizofrenia.

OBJETIVOS

Pregunta problema:

¿Qué grado de bienestar psicológico presentan los familiares de una persona que padece esquizofrenia?

Objetivo general:

Analizar el bienestar psicológico de los familiares convivientes con personas esquizofrénicas.

Objetivos específicos:

- Estudiar la relación existente entre el miedo a que se produzca un brote psicótico y el estrés del familiar conviviente.
- Estudiar la relación existente entre el miedo a que se produzca un brote psicótico y la ansiedad del familiar conviviente.
- Estudiar la relación existente entre el miedo a que se produzca un brote psicótico y la calidad de sueño del familiar conviviente.

- Estudiar la relación existente entre el miedo a que se produzca un brote psicótico e informarle de algún comentario negativo hacia su persona.
- Estudiar la relación existente entre el miedo a que se produzca un brote psicótico y el malestar físico del familiar conviviente.

Hipótesis:

- A mayor miedo a que se produzca un brote psicótico, mayor estrés diario padecerán los familiares.
- A mayor miedo a que se produzca un brote psicótico, mayor ansiedad diaria padecerán los familiares.
- A mayor miedo a que se produzca un brote psicótico, menor calidad de sueño diario presentarán los familiares.
- A mayor miedo a que se produzca un brote psicótico, menor comunicación familiar tendrán.
- A mayor miedo a que se produzca un brote psicótico, mayor malestar físico presentarán los familiares.

Por tanto, podemos concluir que a mayor miedo ante una situación violenta, como es un brote psicótico, menor bienestar psicológico presentarán los familiares convivientes del paciente con esquizofrenia.

MÉTODO

Participantes

Los participantes que se requerirán para este proyecto serán hombres y mujeres convivientes con pacientes de esquizofrenia que viven en un ambiente familiar estable, y que vivan en la Comunidad Valenciana. El rango de edad seleccionado será entre 40 y 60 años, personas que ya tengan una familia, una estabilidad familiar; que estén en un tratamiento en el hospital. (Ita Previ Alicante | Hospital de Día y Consultas Externas TCA, TC, TP y Psiquiatría General, Centro Específico de Enfermos Mentales Roger de Lauria, Centro específico de enfermos mentales Camp del Turia)

Aquellos participantes que no cumplan las características requeridas para la elaboración del experimento, serán participantes excluidos por los siguientes motivos:

- No convivir con el familiar con esquizofrenia.
- Tener distinta edad del rango asignado.
- No estar bajo ningún tratamiento.
- No vivir en Alicante.
- Padecer un trastorno de depresión, ansiedad, etc., diagnosticado.

Variables e instrumentos

- *Estrés*: Entendemos el estrés como un sentimiento de tensión, tanto física como emocional, que padecen los familiares del paciente con esquizofrenia. En este estudio, los familiares presentan estrés diario por lo que sucede o por lo que podría suceder (por los pensamientos que poseen). Este sentimiento puede derivar en enfermedades cardiovasculares, debido a la gran tensión que mantienen durante todo el día. Esta variable se evaluará mediante un test que se compone de 32 ítems con 5 opciones de respuesta por pregunta. Este test ha sido extraído íntegramente de la web de la Asociación Española de Psicoterapia. Visualizar anexo 1.
- *Ansiedad*: Comprendemos por ansiedad, que es la inquietud o el temor que experimentan los familiares, el pensar que su familiar con esquizofrenia pueda realizar ciertos actos y así provocar un malestar psicológico y físico en los familiares. La ansiedad se medirá utilizando la Escala de Ansiedad de Hamilton, se trata de un cuestionario con 14 ítems, 7 miden la ansiedad psíquica y 7 la ansiedad somática. Las puntuaciones de cada respuesta van de 0 a 4, siendo las puntuaciones bajas menos ansiedad que las elevadas. Ver anexo 2.
- *Calidad de sueño=insomnio*: Entendemos calidad de sueño por las horas seguidas de sueño que pueden dormir, sin despertarse o desvelarse por algún motivo relacionado con su familiar con esquizofrenia. También lo relacionamos con la latencia del sueño que presentan, es decir, cuánto tardan en dormirse, volver a hacerlo tras haberse despertado y si se sienten descansados al día siguiente. Este test ha sido extraído de la web de la Universidad de Murcia. El test mide la calidad de sueño del último mes y está formado por 10 preguntas de diferentes opciones. Consultar anexo 4.
- *Comunicación familiar*: Sabemos que la comunicación familiar es uno de los pilares fundamentales, por eso mismo la entendemos como la capacidad de interacción entre los familiares y el paciente con esquizofrenia. En este caso,

sería analizar la comunicación que presentan, si los familiares convivientes dicen todo lo que piensan o se callan por el miedo a que el paciente tenga algún comportamiento violento, hacia ellos o hacia él mismo. Hemos desarrollado para medir esta variable un test compuesto de 15 ítems con 5 posibles respuestas por ítem. Hemos desarrollado para medir esta variable un test compuesto de 15 ítems con 5 posibles respuestas por ítem. Ver anexo 3.

- *Malestar físico*: Entendemos malestar físico como la sensación de incomodidad o molestia producida, en este caso, por la acumulación de tensión. El familiar del paciente con esquizofrenia presenta una situación estresante y/o agobiante en la convivencia, y eso provocará que padezca tensión y malestar, que a la larga, se desarrollará en problemas físicos, ya sean crónicos o no. Para medir esta variable hemos diseñado un cuestionario de 15 ítems con 4 respuestas posibles. Ver anexo 5.
- *Miedo ante algún brote psicótico*: Entendemos como miedo un pensamiento previo a una situación violenta como es el caso de un brote psicótico. Los familiares presentan miedo a que se dé un brote psicótico y no poder controlar la situación. Para medir esta variable hemos diseñado un cuestionario de 15 ítems con 4 respuestas posibles. Consultar anexo 6.
- *Variables extrañas*: Para evitar este tipo de variables, se realizará una selección precisa de los pacientes que se querrá estudiar. Se efectuará un cuestionario para dicha selección y así controlar las variables para disminuir el margen de error. Por tanto, se controlará el ambiente familiar, la convivencia diaria y la comunicación.

Las variables extrañas son:

- Que algún familiar tenga un trastorno de ansiedad, depresión etc. no diagnosticado.
- Una mala situación socioeconómica.
- Un reciente accidente, muerte (situación que lleva a un duelo).

Procedimiento

Para realizar este estudio lo primero de todo será localizar centros de salud mental (psiquiátricos, clínicas...), donde se contactará con el director del centro este proyecto. Este se lo presentará a los familiares de los pacientes con esquizofrenia junto

con nuestro equipo. Los familiares podrán elegir voluntariamente si formar parte del estudio.

Una vez obtenido el consentimiento de los familiares se recogerá información sobre la calidad de sueño, ansiedad, comunicación con el familiar y el miedo a que surja un brote psicótico mediante tests para así poder comenzar con el estudio.

Los hospitales con los que se contactará son: Hospital de Día y Consultas Externas TCA, TC, TP y Psiquiatría General.

Tipo de diseño y estudio

El diseño utilizado para este proyecto es un diseño no experimental, en concreto, correlacional, ya que se estudiará la relación de variables para poder determinar si el bienestar psicológico se ve afectado por el miedo a que se produzca un brote psicótico. El estudio será transversal, debido a que sólo se realizará una única medida en el tiempo.

Análisis de los datos

Los datos adquiridos tras la investigación, se analizarán con la aplicación de JAMOVI.

Se utilizará la estadística descriptiva para observar y comprender las características que proceden de un conjunto de datos (desviación típica, media y varianza). Primero se realizaría una codificación de los datos, obtenidos a través de los cuestionarios y además se realizará un análisis de correlaciones, es decir, se relacionarán dos variables, en este caso el miedo a un brote psicótico y los factores asociados al bienestar psicológico, para ver qué tipo de correlación presentan: directamente proporcional o inversamente proporcional.

RESULTADOS ESPERABLES

- Se espera que la relación del miedo y el estrés tenga una correlación positiva, ya que a mayor miedo tenga el familiar mayor será su nivel de estrés.
- Se espera que la relación del miedo y la ansiedad tenga una correlación positiva, ya que a mayor miedo tenga el familiar mayor será su nivel de ansiedad.

- Se espera que la relación del miedo y la calidad de sueño tenga una correlación negativa, ya que a mayor miedo tenga el familiar menor calidad de sueño.
- Se espera que la relación del miedo y la comunicación familiar tenga una correlación negativa, ya que a mayor miedo tenga el familiar menor será su nivel de comunicación familiar.
- Se espera que la relación del miedo y el malestar físico tenga una correlación positiva, ya que a mayor miedo tenga el familiar mayor será su malestar físico.

Por lo tanto, se puede concluir que a mayor miedo ante un brote psicótico, menor bienestar psicológico presentarán los familiares convivientes del paciente con esquizofrenia.

REFERENCIAS

- Gejman, Pablo V., & Sanders, Alan R.. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(3), 227-234.
- Leiderman, E. A. (2013). *Sobrecarga del cuidador, calidad de vida y sintomatología depresiva en familiares cuidadores convivientes de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar* [Tesis doctoral, Universidad de Palermo].
- Hidalgo Padilla, L.M. (2013) *Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia* [Tesis doctoral, Universidad Católica del Perú].
- Mora-Castañeda, B., Fernández-Liria, A., Pedroso-Chaparro, M., & Márquez-González, M. (2020). Carga, depresión y familismo en cuidadores informales colombianos de pacientes con esquizofrenia y pacientes con demencia 1. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 28(3).
- Anzaldúa, A. D. (2009). Evaluación de la psicopatología y calidad de vida en una muestra de cuidadores informales primarios de pacientes con esquizofrenia. *Psiquis (México)*, 18(2).

