



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga



LIBRO DE CONTRIBUCIONES
IV Jornadas de Investigación
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA

Jornadas celebradas
el 13 y 14 de MAYO de 2021

Organizadas
por la Facultad de Psicología y Logopedia
de la Universidad de Málaga

© Los autores

© UMA editorial

Bulevar Louis Pasteur, 30 (Campus de Teatinos)

29071 - Málaga

www.umaeditorial.uma.es

Diseño y Maquetación: Carlos Montilla Perea

ISBN: 978-84-1335-116-2



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:

Reconocimiento - No comercial - SinObraDerivada (cc-by-nc-nd):

<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/3.0/es>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.



Esta editorial es miembro de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice

1. <i>Aplicaciones para smartphones en la práctica clínica: Una revisión sistemática.</i> Autor: Juan José Acacio Garrigós	5
2. <i>Violencia de género: propuesta y aplicación de un nuevo instrumento para medir la violencia sexual en parejas jóvenes.</i> Autora: Lucía Díaz Araujo	18
3. <i>Teoría de la Mente y competencia lingüística. Relaciones con la habilidad para decir mentiras piadosas y para persuadir en niños y niñas de 6 a 12 años.</i> Autora: María Mayoral Claver	33
4. <i>Comprensión de la mente y mentiras piadosas. diferencias evolutivas y de género en escolares de educación primaria.</i> Autora: Alba Cárdenas Vallecillo	50
5. <i>La relación entre la diferenciación del self y el apego adulto: Revisión bibliográfica.</i> Autora: Beatriz López Vázquez	63
6. <i>Expresión de violencia de género a través de la dimensión de aislamiento en parejas jóvenes.</i> Autora: Rocío Subires González	77
7. <i>Relación entre intolerancia a la incertidumbre y expectativas de ocurrencia de amenazas: Un estudio basado en ERPs.</i> Autora: María Luisa Kempainen Luque	92
8. <i>El deporte como herramienta de aprendizaje y mejora de la calidad de vida de los jóvenes con trastorno del espectro autista.</i> Autora: Cristina Fernández Jiménez	105
9. <i>Programa de intervención logopédica para un alumno con Síndrome de Asperger.</i> Autora: Ana Elena Cifuentes Barba	122

10. <i>Respuesta adaptativa del cerebro y tratamiento interdisciplinar en las alteraciones del lenguaje post-ictus: terapia logopédica, farmacológica y de estimulación cerebral no invasiva.</i>	
Autora: Marina López – D'hondt Alabarce	137
11. <i>Control central de la vocalización. Evaluación y tratamiento en la disfonía espasmódica.</i>	
Autor: Carlos Sesmero Otálora	148
12. <i>Trastornos Sensoriales y Alimentarios en el Trastorno Autista y su relación con la topografía cerebral.</i>	
Autora: Claudia Orozco Gordillo	160
13. <i>Evaluación de la inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia: Actualización de una revisión sistemática.</i>	
Autora: Christiane Arrivillaga Almoguera	169
14. <i>Reconocimiento, exclusión social, resistencia y crimen: una propuesta de investigación empírica.</i>	
Autora: Clarissa Pepe Ferreira	181
15. <i>Aplicación piloto con familias acogedoras del programa Las visitas: Un espacio de desarrollo familiar.</i>	
Autora: Lucía González Pasarín	190
16. <i>¿Qué es la polarización? Una aproximación al concepto de polarización y a sus formas de medición.</i>	
Autoras: Marta Barros y Juliana Montenegro	198



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Aplicaciones para smartphones en la práctica clínica: Una revisión sistemática

Trabajo de fin de grado de Juan José Acacio Garrigós,
tutorizado por Luis Valero Aguayo

Resumen

Antecedentes: El incremento en el número de personas que tienen un smartphone hace que se contemple la posibilidad de utilizar las aplicaciones de los móviles como apoyo a los tratamientos actuales, o incluso como tratamiento en sí, de los trastornos mentales o de distintas problemáticas psicológicas. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo realizar una revisión de la literatura en el uso de aplicaciones para smartphones en los tratamientos psicológicos. **Método:** Se utilizaron los siguientes buscadores: Web of Science, Scopus, ScienceDirect, Dialnet y Latindex. Y la siguiente revista: Psicothema. **Resultados:** De 2012 publicaciones encontradas, 27 estudios cumplieron con los criterios de inclusión, habiendo sido publicados entre 2013 y 2020. De los resultados obtenidos, el 22,2 % fueron estudios con resultados significativos, es decir, que los resultados no se pueden deber a otras variables como el azar. Se encontró estudios con diferentes diseños, desde RCT (Randomized Controlled Trial), 1 single arm, 3 arm, pre-post test hasta diseños experimentales. **Conclusiones:** La mayoría de las investigaciones han dado resultados esperanzadores para el apoyo de las aplicaciones móviles en tratamientos psicológicos.

Palabras clave: Aplicaciones móviles; smartphone; tratamiento; intervención; psicología; trastornos mentales; revisión sistemática; salud mental; mHealth.

Abstract

Background: The increase in the number of people who have a smartphone leads to the possibility of considering the use of smartphone applications as a support for current treatments, or even as a treatment in itself, for mental disorders or other psychological problems. **Objective:** This study aims to conduct a literature review on the use of smartphone applications in psychological treatments. **Methods:** The following search engines were used: Web of Science, Scopus, ScienceDirect, Dialnet and Latindex. And the following magazine: Psicothema. **Results:** Of the 2012 publications found, 27 studies met the inclusion criteria, having been published between 2013 and 2020. Of the results obtained, 22.2% were studies with significant results, that is, the results cannot be due to other variables such as chance. We found studies with different designs, from RCT (Randomized Controlled Trial), 1 single arm, 3 arm, pre-post test to experimental designs. **Conclusions:** Most research has provided encouraging results for the support of mobile applications in psychological treatments, but further research is still needed.

Keywords: Mobile apps; smartphone; treatment; intervention; psychology; mental disorders; systematic review; mental health; mHealth.

Introducción

El origen de las aplicaciones móviles data en la historia de la comunicación. Hay que remontarse a las primeras cartas, continuando con el telégrafo, el teléfono, Internet y finalmente las aplicaciones móviles (Odlyzko, 2001). Esta sería, de *grosso modo*, el camino que ha llevado la comunicación hasta hoy día con las aplicaciones móviles. Además, la historia de la comunicación sugiere que conforme los servicios se van abaratando se van usando cada vez más. En esta línea las aplicaciones móviles en muchos casos son gratuitas, pero, aunque hubiera que pagar por ellas, las personas pagarían felizmente si hace sus vidas más fáciles. En la actualidad, se ve una clara inclinación hacia el uso de las aplicaciones móviles debido a su utilidad. Actualmente hay millones de aplicaciones para móviles, desde las más complejas para negocios, juegos, fotografía, noticias, economía, deportes, etc., hasta las más sencillas con pequeños códigos para contabilizar movimientos, hacer cálculos o anotaciones, y por supuesto, fotografiar o grabar en video lo cotidiano.

De acuerdo con Van Helsen (2013) una aplicación móvil es una aplicación *software* que funciona en *smartphones* o *tablet*, y que son distribuidos por servicios como la “iTunes store” o “Google Play”, puesto que están diseñadas para los sistemas operativos de Android y Apple. Estas aplicaciones, además, son autorizadas por sus desarrolladores, ya sean a nivel individual o a nivel organizativo. La mayoría se presentan como gratuitas, incluyendo publicidad, y tienen versiones *Pro* que son de pago generalmente por suscripción, y que incluye más opciones y ventajas.

Smith (2015) estudió con la ayuda del centro de investigación de Pew (USA) en 2015, cómo los usuarios con teléfonos móviles se incrementaron desde el 73% de la población adulta en Estados Unidos, hasta el 92% en 2015. Los usuarios con *smartphone* se incrementaron desde el 35% en 2011, seguido de un 56% en 2013, hasta llegar al 68% en 2015. También las personas con *tablet* se incrementaron desde el 10% en 2011, el 34% en 2013, hasta el 45% en 2015. Además, en la siguiente tabla también se observa cómo hay un incremento en el número de personas que utilizan las aplicaciones por tener algún tipo de dificultad física o psicológica tales como: problemas para andar, escuchar, baja visión o ceguera, ansiedad, dificultad para utilizar las manos o los dedos, etc.

Tabla 1

Pertenencia de dispositivos en adultos con discapacidades o problemáticas (ADP) y de la población en general por el centro de investigación Pew (2012-2015).

Tipo de dispositivo	ADP 2012-2013	ADP 2015-2016	Pew 2013	Pew 2015
Móvil básico (ejemplo: <i>motorola razr</i> , <i>pantech Breeze</i> , <i>Nokia 6350</i>)	27%	13%	35%	24%
Smartphone (ejemplo: <i>iPhone</i> , <i>móvil con Android</i> , <i>móvil con Windows</i>)	57%	72%	56%	68%
Tablet (ejemplo: <i>iPad</i> , <i>Kindle Fire</i> , <i>Galaxy Tab</i> , <i>Microsoft Surface</i>)	35%	50%	34%	45%

Este incremento en la disponibilidad de *smartphone* no ha hecho más que aumentar progresivamente hasta la actualidad, siendo poco común los usuarios que aún no tienen un *smartphone*. Este hecho es de vital importancia para la psicología, ya que dispone de un recurso que puede explotar con la perspectiva de poder mejorar sus servicios realizando una terapia más completa con la ayuda de las tecnologías. En esta revisión se mostrará cómo en distintos países se han creado aplicaciones que puedan servir para la intervención psicológica, o bien como ayuda a una terapia psicológica presencial.

Se han realizado diferentes revisiones sistemáticas sobre la utilidad de las aplicaciones en la práctica clínica. Algunas de estas revisiones son de hace algún tiempo y necesitan actualizarse, puesto que cada 6 meses el *hardware* y *software* informático prácticamente sufre una nueva evolución, por lo que se han quedado obsoletas. Es el caso de la revisión de Ehrenreich et al. (2011) o Donker et al. (2013). Otras revisiones se han centrado más en trastornos mentales específicos como la revisión de Firth et al. (2017) con la ansiedad, la revisión de Kazemi et al. (2017) con el abuso de sustancias o la revisión de Bateman et al. (2017) con determinados problemas cognitivos, y por último hay revisiones que se enfocan más en el uso específico de determinadas tecnologías como lo son los mensajes de texto, con la revisión de Berrouiguet et al. (2016).

Es de destacar el estudio de Miralles et al. (2019) que realizaron una amplia revisión de las aplicaciones móviles en el contexto clínico de la psicología. En esta revisión encontraron 158 artículos científicos que pasaron sus criterios de inclusión. Dichos criterios fueron: artículos publicados en una revista científica desde el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2018, artículos que producen contribuciones de primera mano al campo de la investigación y artículos que describen el uso deliberado de aplicaciones móviles en la intervención psicológica de trastornos mentales. Los resultados de su investigación fueron aplicaciones móviles para la intervención, o como ayuda en trastornos de ansiedad, depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, estrés-postraumático, adicción a sustancias,

tentativas de suicidio y problemas para dormir. Sin embargo, no todas esas publicaciones eran estudios empíricos o con datos de resultados como para afirmar su utilidad real.

Ante la nueva realidad contemplada en estos momentos se realizará una nueva revisión sistemática, con el fin de facilitar al profesional de la salud mental, una lista de herramientas o recursos para la elaboración de una terapia más completa sin estar enfocado a una problemática o tecnologías específicas.

El objetivo de este estudio, pues, es realizar una revisión sistemática de las aplicaciones de móviles que puedan tener una aplicación clínica, pero que hayan sido comprobadas y tengan algún estudio empírico sobre su eficacia, y a ser posible con estudios de grupos aleatorizados, para eliminar el posible efecto placebo y novedad que supone el propio uso de las aplicaciones móviles sobre cualquier problema psicológico.

Método

Se realizó una revisión sistemática en la que se accedió mediante Jabega, el buscador de la biblioteca de Málaga, a los buscadores. Estos buscadores fueron 3 bases de datos en inglés: *Web of Science*, *SCOPUS* y *ScienceDirect*, y otros 2 bases de datos en castellano: *Dialnet* y *Latindex*. Y una revista en castellano: *Psicothema*. Los criterios de inclusión (IC) y los criterios de exclusión (EC) que se determinaron para incluir los artículos o investigaciones en esta revisión fueron los siguientes:

- (IC / EC 1). Tener un contenido relacionado con la psicología o la salud mental. Se excluyeron todos los contenidos relacionados con distintas enfermedades de carácter físico como lo son el SIDA o fibromialgia.
- (IC / EC 2). Ser una investigación llevada a cabo de forma empírica, que mostrara sus respectivos datos y resultados. Se excluyeron todos los artículos que hablaban sobre protocolos para una posible y/o futura investigación, las revisiones de otros temas sin relación con las aplicaciones móviles en el contexto clínico y los artículos de revistas que daban información del tema, pero no mostraban datos ni resultados.
- (IC / EC 3). Ser una investigación centrada en utilizar aplicaciones móviles como apoyo o contribución significativa a un tratamiento psicológico.

El periodo de recogida de artículos fue desde marzo hasta junio del año 2020, buscando artículos tanto en inglés como en castellano en esas bases de datos. Puesto que suponía una actualización, se limitó el periodo de búsqueda entre los años 2010 y 2020.

Para el proceso de búsqueda se llevó a cabo una selección de términos que se introdujo en todos los buscadores. Dichos términos en inglés fueron: *apps*, *psychology*, *smartphone* y *treatment*. En español los términos elegidos fueron: apps, psicología, smartphone y tratamiento. A la hora de realizar la revisión en los buscadores, el comando utilizado en inglés fue: “(*apps OR smartphone*) AND *psychology AND treatment*” y en español: “(*apps OR smartphone*) AND psicología AND tratamiento”. Al haber una mayor dificultad en la búsqueda con los comandos expuestos anteriormente en español, se buscaron diferentes términos con el objetivo de obtener una búsqueda más completa. Estos comandos fueron: “Psicología AND smartphone”, “psicología AND apps”, “aplicaciones AND psicología”, “psicología AND internet”, “psicología AND teléfono”, “aplicaciones móviles en tratamiento psicológico”. En el buscador de *ScienceDirect*, al introducir el comando, el número de resultados era muy elevado, por lo que se tuvo que modificar el comando para excluir los protocolos y las revisiones que no interesaban. El nuevo comando fue: “(*apps OR smartphone*) AND *psychology AND treatment NOT (protocol OR review)*”.

Sección de los estudios

Se exploraron los títulos y resúmenes generados en las búsquedas de los diferentes buscadores encontrando un total de 2012 posibles investigaciones o artículos potencialmente relevantes. Como primer paso para reducir el número de posibles investigaciones o artículos se incluyeron sólo las investigaciones o artículos que permitían el acceso completo. A continuación, se excluyeron los protocolos de investigaciones que no tuviesen datos, debido a que necesitamos investigaciones con resultados y datos para poder afirmar la eficacia o no de estos protocolos y aplicaciones. También se excluyeron las revisiones de investigaciones dado que nuestro interés estaba en las propias investigaciones. A continuación, y tras una revisión, se excluyeron los artículos de revistas o libros, y también los propios libros, tras la revisión de los 440 artículos y libros donde no se encontraron ningún resultado que pudiera aportar para la revisión sistemática.

Siguiendo con los criterios de inclusión, se excluyeron las investigaciones que no cumplieran esos criterios por diferentes motivos, como ser investigaciones de enfermedades con carácter no psicológico como el VIH, diabetes, incontinencia urinaria, hepatitis B, hipertensión, etc. También se excluyeron investigaciones que no tenían ninguna relación con aplicaciones móviles en la práctica clínica y también las investigaciones realizadas con realidad virtual de forma específica, o con la tecnología en general. A partir de los resúmenes, tras una revisión de estas investigaciones y poder comprobar que no eran tecnologías relacionadas con los *smartphones*, es decir, se excluyeron investigaciones tales como: “tratamiento de la agorafobia mediante realidad virtual” porque la realidad virtual se realizaba mediante gafas de realidad virtual que no tenían nada que ver con las aplicaciones en *smartphones*. Finalmente, también se excluyeron investigaciones que no se pudieron obtener acceso por problemas con los buscadores e investigaciones sobre adicciones a los *smartphones*. Tras una revisión se comprobó que había 5 investigaciones que estaban duplicadas, excluyéndose estas del recuento final. Todo este proceso dio como resultado 27 investigaciones que cumplieran todos los criterios de inclusión, y que serán las utilizadas para esta revisión sistemática. Figura 1.

Resultados

Se evaluaron 27 artículos que cumplieron con los criterios de selección. Todos los artículos encontrados, pese a la búsqueda realizada en español, fueron en inglés. El periodo de publicación más antiguo fue el 5 de abril de 2013 y el más reciente fue en mayo de 2020, siendo necesario que las fechas fueran lo más próximas posibles para poder cumplir con los objetivos propuestos de realización de una revisión lo más actualizada en la medida de lo posible. Se puede observar cómo la mayoría de los artículos seleccionados fueron aplicaciones para el tratamiento de la depresión, obesidad, o bajar de peso y dejar de fumar. Agruparemos los resultados bajo distintos criterios. El primer criterio de agrupación será los distintos trastornos mentales o problemáticas psicológicas en las que están implicados cada una de las investigaciones.

Nictofobia

Sólo se encontró un estudio sobre fobias. De acuerdo con la investigación de Paulus et al. (2019), al aplicar una terapia de realidad virtual, mediante una aplicación de smartphone *Night Forest Virtual*, se obtuvo unos resultados positivos, sintiéndose un 50 % de las personas del estudio mucho más motivados para afrontar este miedo.

Habilidades en comunicación social (autismo)

Se encontró un estudio. En Fletcher et al. (2016) se investigó cómo mejorar las habilidades en comunicación social de niños con autismo. Este estudio no obtuvo resultados significativos, aunque la aplicación, *Find me*, sí tuvo una buena recepción por parte de los niños, los cuáles comentaron que se divirtieron mucho utilizando esta aplicación.

Trastorno bipolar

Se obtuvo un estudio. Hidalgo et al. (2018) comprobó sobre la implementación de una aplicación móvil *OpenSIMPLE* como tratamiento en la parte de psicoeducación para el trastorno bipolar. Se encontraron diferencias significativas en los resultados viendo como más del 30 % de los participantes que usaron la aplicación seguían usándola 6 meses después del estudio. Ayudó a mejorar la percepción de la salud general, la salud mental, la función del rol emocional, la función social y el dolor corporal de los participantes.

Riesgo de Suicidio

Se halló una investigación, Kennard et al. (2018), para acompañar al tratamiento habitual para los adolescentes con riesgo de suicidio mediante una aplicación móvil, *BRITE*. Los resultados no fueron significativos, aunque sí redujo el índice de recaídas de intentos de suicidio, siendo la primera investigación que obtiene resultados positivos en este ámbito.

Soledad

En nuestra exploración vimos un estudio, Lim et al. (2019) para reducir el sentimiento de soledad creciente que experimentan en la actualidad los jóvenes. Esta investigación se basó en un modelo de intervención con la aplicación, *+Connect*. Los resultados fueron significativos y los comentarios hacia esta aplicación por parte de los implicados, también.

Procrastinación

Se halló un estudio, Lukas et al. (2018), para la reducción de la procrastinación en las personas a través de una aplicación llamada *MT-PRO*. Los resultados de esta investigación fueron positivos, redujeron en gran medida la procrastinación de los voluntarios a este estudio, dejando en evidencia una posible utilidad, en un futuro, de las aplicaciones móviles como ayuda en este contexto.

Desregulación de la ira

Se obtuvo una investigación, Mackintosh et al. (2017), sobre el tratamiento de la desregulación de la ira en veteranos mediante una aplicación, *RELAX*. Los resultados fueron no significativos, aunque se ve una leve mejora en el grupo de intervención, que muestra la utilidad de las aplicaciones móviles en el tratamiento de la ira.

Adicción a drogas

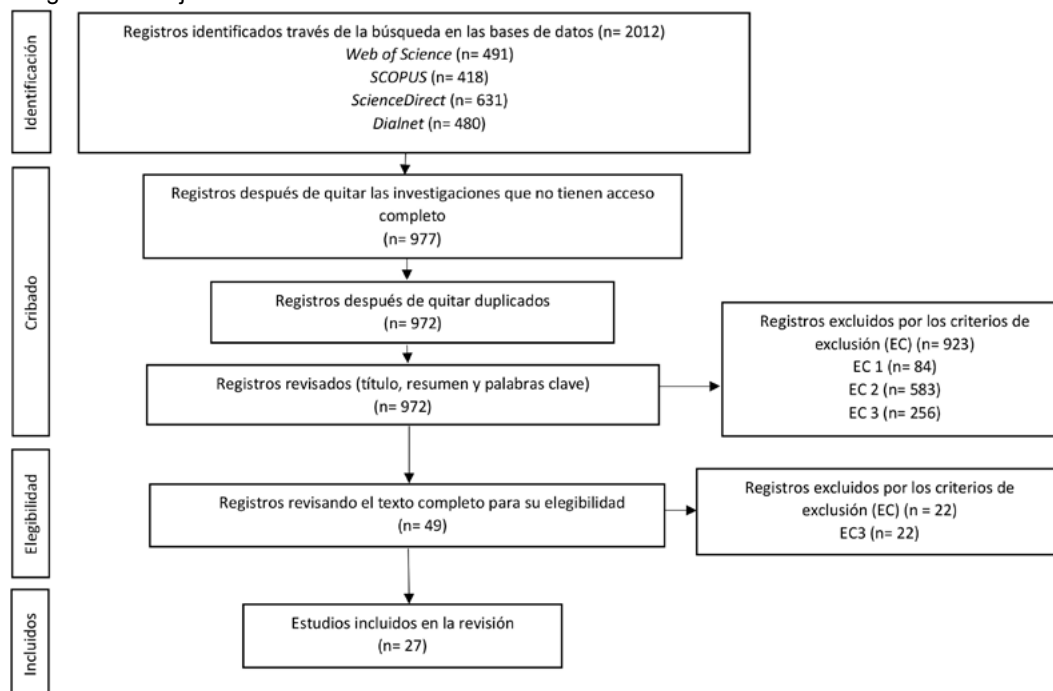
En la presente revisión se hallaron 3 estudios, 2 sobre adicción al alcohol, y 1 sobre adicción a la heroína, cuyo apoyo al tratamiento habitual fueron aplicaciones de smartphone (*Telecoach*, *A-CHESS* y *S-Health*, respectivamente). En Bernan et al. (2020) se estudió qué efectos podría tener una aplicación móvil en el alcoholismo. Los resultados fueron que la cantidad que se ingería de alcohol, la frecuencia de ingestión de alcohol y las ocasiones de juerga se redujeron, pero no a llegar a tener estadísticamente unos resultados significativos. Gustafson et al. (2014) también llevaron a cabo un estudio para evaluar la eficacia de una aplicación móvil en alcoholismo. En sus resultados obtuvieron una reducción del número de días con riesgo a beber y aumentó el número de días en abstinencia, pero sin llegar a obtener resultados estadísticamente significativos. Por otro lado, Schulte et al. (2016) examinó la eficacia de una aplicación móvil en pacientes con dependencia a la heroína. En los tres países en los que se probó la aplicación, China, Taiwán y Estados Unidos, obtuvieron resultados positivos, pero sin llegar a tener resultados estadísticamente significativos. Los tres estudios, por lo tanto, tuvieron buenos resultados, pero sin llegar a encontrar la significancia estadística.

Insomnio

Conseguimos encontrar 2 investigaciones, Werner et al. (2019) y Kuhn et al. (2016), para el tratamiento del insomnio con aplicaciones de smartphone (*Ninja Sleep* y *CBT-I coach*). Los resultados de estas investigaciones fueron positivos y significativos, no solo eso, la aplicación *CBT-I coach* fue aplicada directamente en clínicas durante 2 años de la mano de terapeutas con excelentes resultados.

Figura 1

Diagrama de flujo sobre las diferentes fases de la revisión sistemática.



Estrés postraumático

De nuestra revisión extraemos 2 estudios, Kuhn et al. (2014) y Bush et al. (2014), sobre el estrés postraumático en veteranos y un tratamiento mediante aplicaciones móviles (*PTSD coach* y *T2 Mood Tracker*). Los resultados fueron muy positivos para ambos estudios tanto que, para la aplicación *T2 Mood Tracker*, no sólo alivia la sintomatología del estrés postraumático, sino también sintomatología ansiosa, depresiva, baja autoestima, estrés y dolor de cabeza, y ya ha sido comercializada y tiene un total de 134.000 descargas en la actualidad.

Obesidad o pérdida de peso

Pudimos hallar hasta 4 investigaciones, Alnasser et al. (2019), Patel et al. (2019), Svetkey et al. (2015) y Putnam et al. (2018) sobre una terapia basada en aplicaciones móviles (*Twazon*, *MyfitnessPal*, *CITY* y *D. W's Unicorn adventure app*) para el tratamiento o prevención de la obesidad. Los resultados en todos los estudios fueron positivos, pero sin llegar a ser significativos. Cabe destacar la aplicación *D. W's Unicorn adventure app* debido a su utilidad como prevención de la obesidad.

Depresión

Obtuvimos 4 investigaciones, Birney et al. (2016), Chan et al. (2019), Mantani et al. (2017) y Ludke et al. (2018), sobre aplicaciones móviles (*Moodhacker*, *iParents*, *Kokoro app* y *Be Good to Yourself*) con objetivo, el tratamiento de la depresión. Los resultados de estas investigaciones fueron positivos en todos y significativos en 3 de las 4 investigaciones. Encontramos tres tipos de depresión en estas investigaciones, depresión refractaria, parto y mayor.

Dejar de fumar

En nuestra revisión obtuvimos 5 investigaciones, Bricker et al. (2014), Bricker et al. (2016), Hertzberg et al. (2013), Masaki et al. (2019) y Spears et al. (2019), sobre distintas aplicaciones móviles ("SmartQuit", "SmartQuit 2.0", "mCM", "iQuit Mindfully" y "CASC") para ayudar a reducir el hábito de fumar. Los resultados de todas las investigaciones fueron positivos.

El siguiente criterio de agrupación de los resultados ha sido el tipo de participante. Cada investigación está enfocada en una determinada población con unas características concretas, pero en la elección de nuestros 27 resultados hemos visto características comunes. En primer lugar, se ha visto como criterio de inclusión de los participantes, estar diagnosticados de un trastorno según el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, APA 2018). Es el caso de los estudios de Paulus et al. (2019) que los participantes deben estar diagnosticados con nictofobia, de Hidalgo et al. (2018) cuyos sujetos de estudio deben estar diagnosticados de trastorno bipolar, de Schulte et al. (2016) que sus participantes han debido tener un diagnóstico de adicción a la heroína, de Mantani et al. (2017) cuyos participantes están diagnosticados con depresión mayor y de Lim et al. (2019) que la mitad de sus participantes tenían que tener como diagnóstico ansiedad social.

Otro criterio de inclusión de los participantes ha sido las personas que estuvieran en centros determinados, como es el caso de Kennard et al. (2018), cuya investigación requería de personas que estaban hospitalizadas recientemente por intento de suicidio. Otro caso serían los de Kuhn et al. (2014) y Bush et al. (2014), que ambos requerían que sus voluntarios fueran de una unidad del ejército estadounidense para probar sus distintas aplicaciones y su eficacia en estrés postraumático.

Existen también investigaciones que exigen además de un trastorno concreto, según los criterios del DSM-V, unas características concretas de las personas. Mencionamos aquí el estudio de Fletcher et al. (2016), que exige que sus voluntarios, además de estar diagnosticados de Autismo, deben tener al menos 6 años al comienzo de la investigación y no tener otro trastorno neurológico. Otro estudio que encaja aquí es el estudio de Gustafson et al. (2014) que además de tener dependencia del alcohol como diagnóstico, debe tener 18 años de edad y haber recibido un tratamiento en una residencia, previamente a la investigación.

El criterio más abundante en nuestra revisión, son distintas características concretas sin necesidad de diagnóstico ni estar en un centro determinado. Estas características pueden ir desde un determinado consumo de cigarrillos al día durante un año, como es el caso de Spears et al. (2019), que buscaba voluntarios con al menos 5 cigarrillos al día durante el último año previo a la investigación. También las características que se buscan en los voluntarios a los estudios pueden venir de la mano de puntuaciones de distintos tests, lo más común, como el estudio de Lukas et al. (2018), cuyo criterio de

inclusión en los participantes es que deban tener una puntuación mayo de 60 en el test APROF (cuestionario general de procrastinación). Otra opción es que tengan unas determinadas características físicas como son el estudio de Chan et al. (2019), cuyas exigencias para el voluntario son ser mujer y tener una gestación menor a 24 semanas, o el estudio de Alnasser et al. (2019), cuyas características físicas exigidas en el estudio eran un IMC (Índice de Masa Corporal) mayor a 25. También existe un estudio que curiosamente los voluntarios no son pacientes o clientes de la psicología, sino que son los propios clínicos, es el caso del estudio de Kuhn et al. (2016), cuyos voluntarios en este caso son clínicos que tengan *smartphones* para poder descargarse la aplicación y probarlas en sus clínicas, y de ahí obtener los resultados de la eficacia de dicha aplicación en sus clínicas.

Se han agrupado los estudios según los tipos de diseños que se han empleado. La mayoría, 14 de los 27, son RCT (*Randomized Controlled Trial*), es decir, prueba controlada aleatorizada. La idea básica de este tipo de experimento es aleatorizar el distinto tratamiento a un grupo de personas (grupo experimental) y a otro no (grupo control). Un ejemplo en nuestra revisión de esta clase de diseño sería el de Spears et al. (2019), en la que dividen a los participantes totales en dos grupos, un grupo control que recibirá el tratamiento basado en *Mindfulness*, y otro grupo experimental, que recibirá el mismo tratamiento, pero con la ayuda de una aplicación móvil. Luego de la realización del estudio se contrastan los resultados entre el grupo control y grupo experimental para ver si la diferencia, en este caso la aplicación móvil, ha tenido relevancia y, de ser así, si ha sido significativa.

Otro tipo de diseño que se ha llevado a cabo en nuestro estudio ha sido el Pre-Post test. 4 de los 27 resultados de esta revisión, realizaron este diseño. Consiste en la realización de una medida, normalmente a través de un test, antes del tratamiento, para luego comparar, dicha medida, después del tratamiento realizado. Un ejemplo de este diseño sería el de Mantani et al. (2017) que evalúa la depresión antes y después del tratamiento de la terapia cognitivo-conductual, junto a la farmacología, en dos grupos diferentes, un grupo control, donde sólo tiene el tratamiento, y un grupo experimental, donde además del tratamiento tiene la ayuda de una aplicación móvil.

En nuestros resultados también aparece un estudio de *3-arm study*. Este estudio consiste en analizar 3 grupos distintos, con características distintas y comparar los resultados de los grupos. Un ejemplo de este diseño es el de Patel et al. (2019), en el que compara tres estrategias distintas para perder peso.

Además, tenemos 3 estudios que tienen como diseño el *single-arm trial*, un estudio en el que todos los participantes van a ser tratados de la misma manera. El estudio de Masaki et al. (2019) muestra un ejemplo de este tipo de diseño, evaluando el impacto de una aplicación móvil para la dependencia de la nicotina en todos sus participantes.

Por último, en nuestros resultados se ven 4 estudios con diseño experimental. Es un diseño donde se manipulan deliberadamente una o más variables para medir el efecto que tienen en otra variable. El estudio de Paulus et al. (2019), es un ejemplo de ello. Ve el impacto que tiene la introducción de una aplicación móvil de realidad virtual en personas que tienen nictofobia.

Para terminar, y con intención de ver la calidad de los estudios encontrados, se analizarán los resultados de los estudios. Los resultados pueden tener distintas posibilidades, pero en nuestros estudios se han dado dos posibilidades. La primera es que los resultados concuerden con las hipótesis de las que parten los estudios, lo que se conoce como que los resultados han sido “positivos”, término denominado así, en esta revisión, debido a que las hipótesis, de los estudios encontrados, han sido verificar si una o varias aplicaciones de móviles tienen efectos positivos en el tratamiento, pero con un inconveniente, y es que, a nivel estadístico, no se puede demostrar que los resultados no hayan sido por causas aleatorias. La segunda posibilidad encontrada en nuestros estudios es que los resultados sean positivos y, además, estadísticamente se pueden demostrar que los resultados no son producto del azar, por lo que estos resultados tienen una alta fiabilidad. Para que un estudio sea estadísticamente significativo, la variable “p” debe ser inferior al valor α (nivel de significación).

En nuestra revisión encontramos que, de los 27 estudios recogidos, 21 de ellos tienen resultados positivos, mientras que 6 de ellos tienen resultados positivos y significativos. Uno de los 21 estudios que dieron resultados positivos, pero sin llegar a ser significativos, fue el de Fletcher et al. (2016), cuyo estudio dio unos resultados en los que al comparar el grupo control y el grupo experimental, se pudo ver una correlación positiva en ambos grupos. En el grupo control se vio una correlación positiva entre los métodos tradicionales y las habilidades en comunicación social, el tiempo de juego y el nivel de diversión de los niños y en el grupo experimental se comprobó una correlación positiva entre la aplicación móvil y las habilidades en comunicación social, el tiempo de juego y el nivel de diversión de los niños.

Pero al comparar los resultados de ambos grupos con un nivel de significación del 95%, siendo $\alpha = 0.05$, el valor de p fue 0.28, lo que equivale a decir que el resultado fue no significativo. Este sería un ejemplo de los resultados positivos de los estudios recogidos, pero nos centraremos en resumir y comentar los estudios con resultados significativos, ya que aportan mayor relevancia a la fiabilidad y consistencia de la revisión. Otro ejemplo de resultados positivos fue el de Paulus et al. (2019), en el que a pesar de que los resultados fueron que aumentó la motivación para enfrentarse al miedo de la oscuridad o nictofobia de los participantes, no se analizan los datos obtenidos en el estudio estadísticamente, por lo que los resultados no pueden ser significativos. Estos dos ejemplos, serían las dos formas en las que se presentan los resultados positivos, o no se analizan los resultados estadísticamente o al analizar estos resultados no cumplen con lo establecido para considerar un resultado significativo.

En Hidalgo et al. (2018), compararon antes y después de realizar el tratamiento junto a la aplicación móvil. Los resultados fueron que habían mejorado los resultados significativamente, siendo el nivel de significación (α) de 0.05, en cuanto a percepción de la salud general ($Z = -2.92$, $p < 0.01$), en percepción de su salud mental ($Z = -2.81$, $p < 0.01$), en la función del rol físico ($Z = -3.71$, $p < 0.001$), en la función del rol emocional ($Z = -5.32$, $p < 0.001$), en la función social ($Z = -3.37$, $p > 0.001$) y en el dolor corporal ($Z = -2.92$, $p > 0.05$). En cambio, no se obtuvo el nivel de significación para el número de hospitalizaciones o en los intentos de suicidios.

En Lim et al. (2019) compararon antes y después de realizar el tratamiento en personas diagnosticadas con ansiedad social y sin diagnosticar. Los resultados fueron que el tratamiento redujo en 7.64 puntos la puntuación en el test de UCLA-LS (escala de soledad), y además se considera que tuvo un gran efecto significativo, puesto que la *Cohen's d* fue de 0.94.

En Werner et al. (2019) compararon las medidas pre y post tratamiento. Vieron cómo se redujeron significativamente los valores en los distintos tests del estudio después del tratamiento. Siendo el nivel de significación (α) de 0.05, se redujo la severidad del insomnio con $p < 0.001$, se aumentó la calidad del sueño, $p < 0.001$, y se redujo la depresión, $p < 0.001$ y la ansiedad $p < 0.001$. Además, el efecto de la significación fue medio, teniendo la *d* de Cohen unos valores comprendidos entre 0.31 y 0.68.

En Kuhn et al. (2016) los resultados fueron que incrementaron las habilidades de las personas tras el tratamiento con la aplicación "CBT-I coach", redujeron los síntomas del insomnio, y también los mantuvieron en el tiempo esta reducción, incrementó los porcentajes de personas que completan la terapia cognitivo conductual de los clínicos, aumentó la sensación de control de los pacientes y aumentó la confianza a poder dormir de los pacientes. Además, tuvo resultados significativos, nivel de significación (α) de 0.05, en cuanto a la adherencia del tratamiento, $p < 0.001$, y la aceptación de los participantes en que la aplicación funciona, $p < 0.001$, comparando los resultados del grupo control y del grupo experimental.

En Birney et al. (2016) los resultados fueron que aumentó de manera significativa la activación conductual ($P = .004$, *partial eta*² = .027), redujo de manera significativa los pensamientos negativos ($P = .01$, *partial eta*² = .020) y aumentó el conocimiento ($P = .02$, *partial eta*² = .017) cuando compararon las medidas pre-post test después de 6 semanas de tratamiento con la aplicación.

En Mantani et al. (2017) obtuvieron en las medidas pre-post test que realizaron que las puntuaciones en la escala PHQ-9 (Cuestionario sobre la Salud del Paciente) se habían reducido 2.48, con un nivel de significación de $\alpha = 0.05$, y un valor de $p < 0.001$, lo que demuestra que es un resultado significativo al igual que en las puntuaciones del test BDI-II (Cuestionario de Depresión de Beck) habiendo reducido 4.1 puntos, con un nivel de significación de $\alpha = 0.05$, un valor de $p = 0.002$. Aunque, a pesar de los datos la reincidencia de la depresión no tuvo datos significativos, con un nivel de significación de $\alpha = 0.05$ y un valor de $p = 0.08$.

Limitaciones

Una de las limitaciones encontradas es el riesgo de no haber podido encontrar todos los estudios que encajaran en nuestros criterios de inclusión y exclusión. Otro factor limitante fue el no tener acceso a algunos buscadores web debido al contexto. Otra de las limitaciones fue haber escogido un determinado comando de búsqueda en los buscadores web o en la revista científica, acotando con esta acción mi búsqueda, pero, con el riesgo de con otro comando haber encontrado más estudio que nos sirvieran en nuestra revisión. Una limitación que también estuvo fue el hecho de encontrar algunos estudios que, por su procedencia asiática, no pudimos obtener el texto en inglés, ya que sólo se encontraba en el idioma original, estando sólo traducido el *abstract*. Otra limitación fue el hecho de que no todos los estudios son de libre acceso, habiendo encontrado algunos estudios que, según su *abstract*, encajaban en nuestros criterios de inclusión y exclusión, pero que no teníamos acceso al texto completo. Y, por último, la mayor limitación encontrada fue no poder encontrar ningún estudio en español, a pesar de los diferentes buscadores y los diferentes comandos que se probaron.

Puntos fuertes

Uno de los puntos fuertes de esta revisión es la fiabilidad de los buscadores seleccionados. Todos los buscadores constan de una base de datos científica constatada, por lo que los estudios extraídos de esta base de datos tienen una alta fiabilidad científica. Esta revisión se ha llevado a cabo mediante 5 buscadores distintos y una revista científica española, lo que aporta una amplia revisión de los estudios en distintas bases de datos, no centrándose exclusivamente en una. Además, esta revisión no se centra en un trastorno concreto, sino que se recogen una amplia gama de trastornos o problemáticas relacionadas con la psicología en la que las aplicaciones móviles han sido probadas como tratamiento. También, esta revisión, no se ha focalizado en buscar estudios con un diseño concreto o con un tipo de participantes específicos, en este caso, no importaba la edad, la enfermedad que tuvieran, donde residían o si habían estado en un centro hospitalario residiendo recientemente. Esto es un punto fuerte porque se han obtenido una diversidad de datos con todo tipo de participantes y diseños.

Conclusiones

Presentamos una revisión sistemática del estado de las aplicaciones móviles como intervención, o ayuda de ésta, en personas que tienen trastornos mentales o problemáticas relacionadas con la psicología. Tras un análisis en 5 buscadores diferentes, 3 de ellos en inglés y 2 en español, y una revista española nuestros resultados muestran un incremento, conforme pasan los años, de los estudios que se llevan a cabo sobre aplicaciones en el contexto clínico de la psicología. Se han recogido estudios de aplicaciones sobre una heterogeneidad de problemáticas psicológicas y trastornos psicológicos, desde trastornos más comunes como lo son la depresión y la ansiedad, hasta trastornos más poco comunes como lo son la nictofobia y el trastorno bipolar. Aunque aún quedan muchos trastornos como la esquizofrenia o la agorafobia, que no se han encontrado estudios sobre aplicaciones móviles que puedan ayudar a su tratamiento, por lo que esto implica la necesidad de más investigación sobre las intervenciones, con ayuda de aplicaciones móviles, para toda la gama de trastornos mentales, con el objetivo de ayudar a la mayor cantidad de personas afectadas posibles. También se ha podido ver la diversidad de los estudios, viendo como para esta clase de investigación no sólo se lleva a cabo mediante un tipo de estudio, sino que se han llevado a cabo desde estudios con RCT (*Randomized Controlled Trial*), diseños experimentales, hasta *pre-post* tests. Además, también se ha visto como cada estudio emplea un tipo de participantes concreto, siendo muy flexible desde personas en clínicas diagnosticadas con un trastorno, hasta personas que desde casa contestan a un simple email para participar en la investigación. Según los resultados dados por las investigaciones de nuestra revisión, el 22'22% de los estudios han tenido unos resultados significativos, mientras que el 88'88% han tenido resultados positivos. Aunque sólo 6 de los 27 estudios encontrados tuvieron resultados significativos, lo que hace que la fiabilidad de la revisión sea baja teniendo un 22'22 % de fiabilidad, no es mal augurio ya que todas las aplicaciones móviles de los estudios muestran utilidad en el tratamiento, no habiendo encontrado ningún estudio en el que las aplicaciones móviles no hayan tenido ningún efecto positivo, por pequeño que sea. Esto hace indicar que la ciencia está avanzando en buen camino, y que las aplicaciones móviles, ya están dando buenos resultados, incluso a nivel estadístico, lo que hace ver la posibilidad de terapias en un futuro que incorporen aplicaciones móviles para la mejora del tratamiento y una mayor eficacia.

Ejemplo de tablas donde se evaluaron los resultados de los estudios recogidos en esta investigación:

Tabla 2

Resultados de los 27 estudios escogidos para la revisión sistemática.

*AUDIT (Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol).

Referencia y lugar	Nombre app Y problemática relacionada	Diseño, N.º muestra y tipo de participantes	Método	Principales resultados.	Conclusiones
E. Paulus et al (2019). Indonesia.	Night Forest Virtual Reality. Nictofobia.	-Diseño experimental. -12 hombres y 18 mujeres con edad: 18-25. -Personas con nictofobia. En este estudio no se forman grupos.	Se evalúa por medio de una aplicación de realidad virtual su utilidad en el tratamiento de la nictofobia.	50 % más motivados, 20 % menos motivados y un 30 % neutral. Repetirían la aplicación un 53%, mientras que un 17% no.	El estudio muestra como la aplicación puede incrementar la motivación de las personas para afrontar la oscuridad y soportar estar dentro de la oscuridad.
Alnasser et al. (2019) Arabia Saudí.	Twazon. Obesidad.	-Pre-post single arm pilot. -240 voluntarias (todas mujeres). -Personas mayores de 15 años con un IMC mayor de 25. Personas que no estén recibiendo medicación para perder peso y que estén interesadas en perder peso. Se excluyeron personas con diabetes, cáncer o que estén embarazadas.	Se evalúa la utilidad de una aplicación para perder peso en un periodo de 4 meses.	Completaron el estudio: 40. El peso fue reducido 1.3 kilos de media con una desviación típica de 0.6. La circunferencia de la barriga fue reducida de media 4.9 cm con desviación típica 1.1, y las calorías consumidas diarias se redujeron en más de 600 calorías de media.	La aplicación Twazon tuvo cambios positivos en el peso corporal, en el tamaño de la cintura y las calorías ingeridas diariamente.
Bernan et al. (2020). Suecia.	Telecoach. Alcoholismo.	-Randomized pilot trial. -57 participantes. 26 en el grupo de intervención y 31 grupo control. -Personas >18 años con un peligroso consumo de alcohol definido como una puntuación >6 (mujeres) o >8 (hombres) en AUDIT*. Fueron excluidas personas con depresión.	Evalúa los efectos de una aplicación móvil en el tratamiento contra el alcoholismo en un proceso de 6 semanas.	Grupo intervención: Cantidad: (Cohen's d=0.87), frecuencia (Cohen's d= 0.91) y ocasiones de juega (Cohen's d= 0.72) Grupo control: Cantidad: (Cohen's d= 0.71), frecuencia: (Cohen's d= 0.85) y ocasiones de juega (Cohen's d= 0.57)	Los resultados sobre el efecto de la aplicación no fueron significativos.

Tabla 2

Resultados de los 27 estudios escogidos para la revisión sistemática (continuación).

*PHQ-9 (Cuestionario sobre salud en pacientes)

Referencia y lugar	Nombre app Y problemática relacionada	Diseño, N.º muestra y tipo de participantes	Método	Principales resultados.	Conclusiones
Birney et al. (2016) Estados Unidos.	MoodHacker. Depresión.	-Randomized controlled trial. -300 adultos. 150 grupo control y 150 grupo intervención. -Mayores de 18 años con sintomatología depresiva media por PHQ-9*. Habla inglesa. Sin intentos de suicidio o síntomas esquizofrénicos o bipolares.	Se compara la aplicación MoodHacker con otras para evaluar su eficacia en el tratamiento de la depresión durante 6 semanas.	Se usó la aplicación una media de 16 veces con una desviación típica de 13.3 y un total de 1.3 horas con desviación típica de 1.3. Síntomas depresivos: Partial eta ² =.021	Se encontró efectos significativos en el uso de la aplicación en los síntomas depresivos, la activación comportamental, la disminución de los pensamientos negativos y el aumento de la productividad.
Bush et al. (2014) Estados Unidos.	T2 Mood Tracker. Síntomas de soldados: Estrés posttraumático, estrés, ansiedad, depresión, dolor de cabeza y autoestima.	-Diseño experimental. - 8 adultos. 5 hombres y 3 mujeres -8 residentes de la unidad de transición de guerreros del ejército estadounidense que necesitan apoyo físico o psicológico.	Evaluación de una aplicación para ayudar a combatir los síntomas del estrés, dolor de cabeza, depresión, ansiedad, autoestima y estrés posttraumático en soldados que han estado en la guerra. 10 días de duración.	7 participantes eligieron que la aplicación era muy útil, 5 que la volverían a usar en el futuro y 6 que la recomendarían.	1º conclusión: la experiencia positiva de los participantes con la aplicación. 2º conclusión: estos datos sirvieron para el desarrollo de la app que actualmente tiene unas 134.000 descargas.
Chan et al. (2019) Hong Kong.	iParent. Depresión preparto.	-Randomized pilot trial. -660 voluntarias. 330 grupo control, 33 grupo intervención. -Madres primerizas con menos de 24 semanas de gestación y que asistieron a la clínica prenatal KWH (Kwong Wah Hospital).	Evaluar la efectividad de la intervención mediante una aplicación móvil para educar a los padres inexpertos durante la gestación. El proceso dura hasta 4 semanas después del parto.	G. Intervención. Puntuación EPDS* fue de 7.3 (SD* 4.6) a 5.3 (SD 4.4). G. Control. Puntuación EPDS fue de 7.2 (SD 4.6) a 5.9 (SD 4.7). *EPDS (Escala de depresión posnatal de Edinburgh). *SD (desviación típica).	El resultado de la comparativa de grupo favorece al tratamiento mediante la aplicación iParent, siendo efectiva en promover la salud del usuario.

Referencias

- Alnasser, A., Kyle, J., Aloumi, N., Al-Khalifa, A., & Marais, D. (2019). The Twazon Arabic Weight Loss App: App-Based Intervention for Saudi Women With Obesity. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*, 7(5), e10923. <https://doi.org/10.2196/10923>
- Bateman, D. R., Srinivas, B., Emmett, T. W., Schleyer, T. K., Holden, R. J., Hendrie, H. C., & Callahan, C. M. (2017). Categorizing Health Outcomes and Efficacy of mHealth Apps for Persons With Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), e301. <https://doi.org/10.2196/jmir.7814>
- Berman, A. H., Molander, O., Tahir, M., Törnblom, P., Gajecski, M., Sinadinovic, K., & Andersson, C. (2020). Reducing Risky Alcohol Use via Smartphone App Skills Training Among Adult Internet Help-Seekers: A Randomized Pilot Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 434.
- Berrouiguet, S., Baca-García, E., Brandt, S., Walter, M., & Courtet, P. (2016). Fundamentals for Future Mobile-Health (mHealth): A Systematic Review of Mobile Phone and Web-Based Text Messaging in Mental Health. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), e135. <https://doi.org/10.2196/jmir.5066>
- Birney, A. J., Gunn, R., Russell, J. K., & Ary, D. V. (2016). MoodHacker Mobile Web App With Email for Adults to Self-Manage Mild-to-Moderate Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*, 4(1), e8. <https://doi.org/10.2196/mhealth.4231>
- Bricker, J. B., Copeland, W., Mull, K. E., Zeng, E. Y., Watson, N. L., Akioka, K. J., & Heffner, J. L. (2017). Single-arm trial of the second version of an acceptance & commitment therapy smartphone application for smoking cessation. *Drug and Alcohol Dependence*, 170, 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.029>
- Bricker, J. B., Mull, K. E., Kientz, J. A., Vilardaga, R., Mercer, L. D., Akioka, K. J., & Heffner, J. L. (2014). Randomized, controlled pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.006>
- Bush, N. E., Ouellette, G., & Kinn, J. (2014). Utility of the T2 Mood Tracker mobile application among army warrior transition unit service members. *Military Medicine*, 179(12), 1453–1457. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00271>
- Chan, K. L., Leung, W. C., Tiwari, A., Or, K. L., & Ip, P. (2019). Using Smartphone-Based Psychoeducation to Reduce Postnatal Depression Among First-Time Mothers: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*, 7(5), e12794. <https://doi.org/10.2196/12794>
- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M.-R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for Smarter Delivery of Mental Health Programs: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11), e247. <https://doi.org/10.2196/jmir.2791>
- Ehrenreich, B., Richter, B., Rocke, D. A., Dixon, L., & Himelhoch, S. (2011). Are Mobile Phones and Handheld Computers Being Used to Enhance Delivery of Psychiatric Treatment? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(11), 886–891. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3182349e90>
- Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 218, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.046>
- Fletcher-Watson, S., Petrou, A., Scott-Barrett, J., Dicks, P., Graham, C., O'Hare, A., Pain, H., & McCornachie, H. (2016). A trial of an iPad™ intervention targeting social communication skills in children with autism. *Autism: the International Journal of Research and Practice*, 20(7), 771–782.
- Gustafson, D. H., McTavish, F. M., Chih, M. Y., Atwood, A. K., Johnson, R. A., Boyle, M. G., Levy, M. S., Driscoll, H., Chisholm, S. M., Dillenburg, L., Isham, A., & Shah, D. (2014). A smartphone application to support recovery from alcoholism: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 71(5), 566–572. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4642>
- Hertzberg, J. S., Carpenter, V. L., Kirby, A. C., Calhoun, P. S., Moore, S. D., Dennis, M. F., Dennis, P. A., Dedert, E. A., & Beckham, J. C. (2013). Mobile contingency management as an adjunctive smoking cessation treatment for smokers with posttraumatic stress disorder. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 15(11), 1934–1938. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt060>

- Hidalgo-Mazzei, D., Reinares, M., Mateu, A., Nikolova, V. L., Bonnín, C., Samalin, L., García-Estela, A., Pérez-Solá, V., Young, A. H., Strejilevich, S., Vieta, E., & Colom, F. (2018). OpenSIMPLe: A real-world implementation feasibility study of a smartphone-based psychoeducation programme for bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 241, 436–445. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.048>
- Kazemi, D. M., Borsari, B., Levine, M. J., Li, S., Lamberson, K. A., & Matta, L. A. (2017). A Systematic Review of the mHealth Interventions to Prevent Alcohol and Substance Abuse. *Journal of Health Communication*, 22(5), 413–432. <https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1303556>
- Kennard, B. D., Goldstein, T., Foxwell, A. A., McMakin, D. L., Wolfe, K., Biernesser, C., Moorehead, A., Douaihy, A., Zullo, L., Wentroble, E., Owen, V., Zelazny, J., Iyengar, S., Porta, G., & Brent, D. (2018). As Safe as Possible (ASAP): A Brief App-Supported Inpatient Intervention to Prevent Postdischarge Suicidal Behavior in Hospitalized, Suicidal Adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 175(9), 864–872. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101151>
- Kuhn, E., Greene, C., Hoffman, J., Nguyen, T., Wald, L., Schmidt, J., Ramsey, K. M., & Ruzek, J. (2014). Preliminary evaluation of PTSD Coach, a smartphone app for post-traumatic stress symptoms. *Military Medicine*, 179(1), 12–18. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00271>
- Kuhn, E., Weiss, B. J., Taylor, K. L., Hoffman, J. E., Ramsey, K. M., Manber, R., Gehrman, P., Crowley, J. J., Ruzek, J. I., & Trockel, M. (2016). CBT-I Coach: A Description and Clinician Perceptions of a Mobile App for Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(04), 597–606. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5700>
- Lim, M. H., Rodebaugh, T. L., Eres, R., Long, K. M., Penn, D. L., & Gleeson, J. F. M. (2019). A Pilot Digital Intervention Targeting Loneliness in Youth Mental Health. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 604. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00604>
- Lüdtke, T., Pult, L. K., Schröder, J., Moritz, S., & Bücker, L. (2018). A randomized controlled trial on a smartphone self-help application (Be Good to Yourself) to reduce depressive symptoms. *Psychiatry Research*, 269, 753–762. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.113>
- Lukas, C. A., & Berking, M. (2018). Reducing procrastination using a smartphone-based treatment program: A randomized controlled pilot study. *Internet Interventions*, 12, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.07.002>
- Mackintosh M.-A., Niehaus J, Taft CT, Marx BP, Grubbs K, Morland LA. Using a Mobile Application in the Treatment of Dysregulated Anger Among Veterans. *Military Medicine*. 2017;182(11): e1941-e1949. doi:10.7205/MILMED-D-17-00063
- Mantani, A., Kato, T., Furukawa, T. A., Horikoshi, M., Imai, H., Hiroe, T., Chino, B., Funayama, T., Yonemoto, N., Zhou, Q., & Kawanishi, N. (2017). Smartphone Cognitive Behavioral Therapy as an Adjunct to Pharmacotherapy for Refractory Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), e373. <https://doi.org/10.2196/jmir.8602>
- Masaki, K., Tateno, H., Kameyama, N., Morino, E., Watanabe, R., Sekine, K., Ono, T., Satake, K., Suzuki, S., Nomura, A., Betsuyaku, T., & Fukunaga, K. (2019). Impact of a Novel Smartphone App (CureApp Smoking Cessation) on Nicotine Dependence: Prospective Single-Arm Interventional Pilot Study. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*, 7(2), e12694. <https://doi.org/10.2196/12694>
- Miralles, I., Granell, C., Díaz-Sanahuja, L., Van Woensel, W., Bretón-López, J., Mira, A., Castilla, D., & Casteleyn, S. (2020). Smartphone Apps for the Treatment of Mental Disorders: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*, 8(4), e14897. <https://doi.org/10.2196/14897>
- Odlyzko, A. (2000). Internet Pricing and the History of Communications. *SSRN Electronic Journal*, 5. <https://doi.org/10.2139/ssrn.235283>
- Patel, M. L., Hopkins, C. M., Brooks, T. L., & Bennett, G. G. (2019). Comparing Self-Monitoring Strategies for Weight Loss in a Smartphone App: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*, 7(2), e12209. <https://doi.org/10.2196/12209>
- Paulus, E., Yusuf, F. P., Suryani, M., & Suryana, I. (2019). Development and Evaluation on Night Forest Virtual Reality as Innovative Nyctophobia Treatment. *Journal of Physics: Conference Series*, 1235, 012003. <https://doi.org/10.1088/1742-6596/1235/1/012003>
- Putnam, M. M., Richmond, E. M., Brunick, K. L., Wright, C. A., & Calvert, S. L. (2018). Influence of a Character-Based App on Children's Learning of Nutritional Information: Should Apps Be Served with a Side of Media Characters?. *Games for Health Journal*, 7(2), 121–126. <https://doi.org/10.1089/g4h.2017.0116>

- Schulte, M., Liang, D., Wu, F., Lan, Y. C., Tsay, W., Du, J., Zhao, M., Li, X., & Hser, Y. I. (2016). A Smartphone Application Supporting Recovery from Heroin Addiction: Perspectives of Patients and Providers in China, Taiwan, and the USA. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 11(3), 511–522. <https://doi.org/10.1007/s11481-016-9653-1>
- Smith, Aaron (2015). "U.S. smartphone use in 2015". Pew Research Center. Internet, science & tech, Mayo, 6. <http://www.pewinternet.org/2015/04/01/us-smartphone-use-in-2015>
- Spears, C. A., Abroms, L. C., Glass, C. R., Hedeker, D., Eriksen, M. P., Cottrell-Daniels, C., Tran, B. Q., & Wetter, D. W. (2019). Mindfulness-Based Smoking Cessation Enhanced With Mobile Technology (iQuit Mindfully): Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*, 7(6), e13059. <https://doi.org/10.2196/13059>
- Svetkey, L. P., Batch, B. C., Lin, P. H., Intille, S. S., Corsino, L., Tyson, C. C., Bosworth, H. B., Grambow, S. C., Voils, C., Loria, C., Gallis, J. A., Schwager, J., & Bennett, G. B. (2015). Cell phone intervention for you (CITY): A randomized, controlled trial of behavioral weight loss intervention for young adults using mobile technology. *Obesity*, 23(11), 2133–2141. <https://doi.org/10.1002/oby.21226>
- Van Velsen, L., Beaujean, D. J. M. A., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2013). Why mobile health app overload drives us crazy, and how to restore the sanity. *BioMed Central Medical Informatics and Decision Making*, 13(1), 13-23. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-23>
- Werner-Seidler, A., Wong, Q., Johnston, L., O'Dea, B., Torok, M., & Christensen, H. (2019). Pilot evaluation of the Sleep Ninja: a smartphone application for adolescent insomnia symptoms. *British Medical Journal Open*, 9(5), e026502. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026502>



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Violencia de género: propuesta y aplicación de un nuevo instrumento para medir la incidencia de violencia sexual en parejas jóvenes

Autores Trabajo de fin de grado de Lucía Díaz Araujo,
tutorizado por María del Carmen Lledó Rando

Resumen

La violencia sexual dentro de la pareja es a menudo silenciada. El vínculo emocional de la víctima con el agresor hace que sea complejo detectar las estrategias de violencia. Aunque en los últimos años el estudio de la violencia de género ha ido en aumento, el estudio de la violencia sexual parece ser secundario. Las escalas de violencia sexual existentes son incompletas y poco específicas, ya que recogen pocas estrategias y, por lo general, no tienen en cuenta el consentimiento viciado. Este estudio analiza diferentes estrategias de violencia sexual en parejas jóvenes. Tras una revisión de los estudios sobre el tema, surgió la necesidad de crear un nuevo instrumento para medir la incidencia de las estrategias de violencia sexual en pareja. La nueva taxonomía propuesta se evaluó mediante Metodología Delphi con 10 personas expertas en la materia. Se pidió la evaluación de la gravedad y frecuencia de las estrategias de violencia para comprobar la idoneidad de los ítems y establecer una jerarquía. Se utilizó la prueba Z de Wilcoxon para comprobar el consenso entre las mediciones de las dos fases del proceso. Los resultados obtenidos confirmaron el consenso. Tras el proceso de evaluación, se aplicó el cuestionario a una muestra de 185 mujeres jóvenes residentes en España. Los resultados mostraron que un 90,82% de las participantes había vivido, al menos, alguna de las situaciones presentadas en el cuestionario, obteniendo este un coeficiente de fiabilidad de Cronbach $\alpha = .934$. Se presentan algunos estadísticos de tendencia central de la muestra.

Palabras clave: Violencia sexual, Método Delphi, Violencia de género, parejas jóvenes

Abstract

Sexual violence within the couple is often silenced. The emotional bond between the victim and the aggressor makes it difficult to detect the violence strategies. Although in recent years the study of dating violence has been increasing, the study of sexual violence seems to be less relevant. Scales on sexual violence are incomplete and non-specific, since they include few strategies and, in general, do not take into account vitiated consent. This study analyses the different strategies of sexual violence in young couples. After a review of the studies on the topic, the need arose to create a new instrument to measure the incidence of sexual violence strategies in couples. The new proposed taxonomy was evaluated using Delphi Methodology with 10 experts in the topic. An evaluation of the severity and frequency of the violence strategies was requested to check the suitability of the items and establish a hierarchy. The Wilcoxon test was used to check the consensus between the measurements of the two phases of the process. The results obtained confirmed the consensus. After the evaluation process, the questionnaire was applied to a sample of 185 young women residing in Spain. The results showed that 90.82% of the participants had lived, at least, one of the situations presented in the questionnaire, obtaining this a Cronbach reliability coefficient $\alpha = .934$. Some measures of the central tendency of the sample are presented.

Keywords: Sexual violence, Delphi method, Dating violence, young couples

1. Introducción

Las mujeres y niñas se exponen a menudo a formas graves de violencia como la violencia doméstica, el acoso sexual, la violación, el matrimonio forzoso, los crímenes cometidos supuestamente en nombre del «honor» y las mutilaciones genitales, que constituyen una violación grave de los derechos humanos de las mujeres y las niñas y un obstáculo fundamental para la realización de la igualdad entre mujeres y hombres (Council of Europe, 2011).

En los últimos años, la visibilidad que ha adquirido la violencia de género en España ha ayudado a muchas mujeres a reconocerse como víctimas y a denunciar su situación (Faraldo, 2006). El aumento de las denuncias por violencia de género muestra que las mujeres reconocen las situaciones de violencia con mayor facilidad y comienzan a confiar en la protección de la justicia y a perder el miedo a denunciar.

Por otra parte, estamos viendo en la actualidad un aumento de la criminalidad relacionada con delitos contra la libertad y la indemnidad sexual. En los balances de criminalidad del ministerio del interior se registró un aumento del 7,8% en este tipo de delitos de 2016 (9.595 casos) a 2017, del 18,1% de 2017 a 2018 y del 11,3% de 2018 a 2019, llegando a alcanzar la cifra de 15.338 hechos conocidos en el último año.

Al estudiar los datos de 2018 vemos cómo, del total de los delitos contra la libertad sexual, un 85,75% de las víctimas fueron mujeres. Ellas conformaron el 90,35% de las víctimas en el caso de las infracciones por agresión sexual y fueron el 92,01% de las víctimas en los delitos por agresión sexual con penetración.

Además, el rango de edad en el que se recogen más victimizaciones por agresiones sexuales es de 18 a 30 años; un 36,98% de las agresiones sexuales y un 40,92% de las agresiones sexuales con penetración se registran en este grupo de edad. La mayor parte de las víctimas de agresiones sexuales son personas jóvenes.

Aunque la población joven parece tener una mayor concienciación y sensibilidad hacia estos temas, observar los datos nos hace preguntarnos de qué manera y en qué contextos aparece este tipo de violencia. Por esta razón, este trabajo se va a centrar en el estudio de la violencia sexual en población joven.

Los estudios relacionados con la violencia de género han ido en aumento a causa de la creciente preocupación por esta problemática social. Sin embargo, el estudio de la violencia sexual parece ser secundario, siendo estudiado frecuentemente como complemento del abuso físico. En las escalas de algunos estudios de violencia de género como el de violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja (Cáceres, 2004) o el Dating Violence Questionnaire (Rodríguez et al., 2010) se han incluido sub-escalas sobre violencia sexual. Sin embargo, estas resultan incompletas y poco específicas, ya que recogen pocas estrategias y, por lo general, no tienen en cuenta el abuso a través del consentimiento viciado. Esto impide medir correctamente la incidencia de la violencia sexual en pareja.

1.1. ¿Qué es la violencia sexual?

La violencia sexual es cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima y en cualquier ámbito (Organización Mundial de la Salud, 2012).

La Agencia de los Derechos Fundamentales (FRA, 2014) realizó un estudio por los 28 países de la unión europea entrevistando a 42.000 mujeres en total. Entre los resultados, encontramos que una de cada 20 mujeres (5%) admitió haber sido violada alguna vez. La mayor parte de estas mujeres no denunciaron los hechos. Se calculó que 3,7 millones de mujeres en la UE (2%) experimentaron violencia sexual durante los 12 meses previos a las entrevistas de la encuesta.

En este estudio se recogieron las respuestas a la pregunta: «Desde los 15 años de edad hasta ahora, ¿con qué frecuencia le han obligado a mantener relaciones sexuales mientras la sujetaban o le hacían daño de alguna manera?». En este sentido, podemos reconocer que, si usáramos una definición de violación que trascienda el requisito del uso de la fuerza física, el alcance podría ser muy superior.

La violación por confianza (Cuenca, 2018) es un tipo de agresión sexual que se produce en relaciones de pareja, cuando ellas no quieren mantener relaciones o realizar determinadas prácticas, pero acaban cediendo al sentirse presionadas.

Según datos de la OMS, en todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. Las violaciones por confianza o de pareja son a menudo silenciadas. El vínculo estrecho de la víctima con el agresor hace que sea complejo identificarlas. Por este motivo, esta investigación estudiará la violencia sexual en relaciones de pareja.

1.2. Propuesta de un nuevo cuestionario de violencia sexual

Tras la revisión de los estudios sobre el tema, surgió la necesidad de proponer una nueva taxonomía para estudiar la violencia sexual. En propuestas metodológicas como la Escala de Violencia (Valdez et al., 2015), el Cuestionario de Violencia de la Pareja (Moral & Basurto, 2015) o el Dating Violence Questionnaire (Rodríguez et al., 2010) se incluyen subescalas sobre violencia sexual. La principal crítica hacia estas propuestas es que los ítems son poco específicos y no reflejan suficientes situaciones para medir la violencia sexual ejercida en la pareja.

Para construir un cuestionario que agrupe las diferentes estrategias de abuso sexual y sea representativo atenderemos al primer instrumento de carácter vinculante en el ámbito europeo en materia de violencia de género: el Convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Council of Europe, 2011). Conocido como Convenio de Estambul, este documento es el tratado internacional de mayor alcance para hacer frente a la grave violación de los derechos humanos que es la violencia sexual, estableciendo una tolerancia cero con respecto a la violencia hacia la mujer.

El Convenio de Estambul tiene como objetivos proteger a las mujeres contra todas las formas de violencia en un marco global, incluyendo la violencia sexual, al igual que promover la cooperación internacional. Se recoge el compromiso de tipificar como delito cualquier acto de carácter sexual no consentido sobre otra persona, incluyendo el hecho de obligar a otra persona a prestarse a actos de carácter sexual no consentidos con un tercero.

Al estudiar violencia sexual debemos definir el consentimiento. El convenio recoge cómo debe ser definido, debiendo prestarse voluntariamente como manifestación del libre arbitrio de la persona considerado en el contexto de las condiciones circundantes.

Estas consideraciones son importantes a la hora de hablar de agresiones sexuales, ya que consideraremos que un acto sexual no es consentido si una de las partes no se encuentra en disposición de ejercer la libre elección. El consentimiento estaría viciado si la persona accede a mantener la relación sexual empujada por condicionantes externos. Bajo esta definición, podemos trascender del requisito del uso de la fuerza física.

Se recoge que las medidas legislativas o de otro tipo necesarias se aplicarán también contra los cónyuges o parejas de hecho antiguos o actuales, de conformidad con su derecho interno, por lo que las violaciones llamadas por confianza o violaciones en pareja entran dentro de este abanico. Por otra parte, y en relación con la violencia sexual, el convenio también recoge cláusulas acerca de matrimonios forzados, mutilación genital femenina, acoso sexual y aborto y esterilización forzados.

En nuestro estudio, además, se analizarán aquellas prácticas o actitudes de presión y negligencia sexual, entendidas como la imposición de relaciones sexuales no deseadas mediante enfados o acusaciones y la irresponsabilidad sobre los riesgos (Delgado & Mergenthaler, 2011).

2. Desarrollo

2.1. Fase 1: Metodología Delphi para seleccionar las estrategias de medición de la violencia sexual en relaciones de pareja

El objetivo del presente TFG es construir un instrumento (Escala de Violencia Sexual en la Pareja) que consiguiera medir la incidencia de las diferentes estrategias de abuso y agresión sexual en relaciones de pareja en España, basando el criterio de selección de las situaciones de violencia en las definiciones de violencia sexual y consentimiento recogidas en el convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica. Esta nueva taxonomía permitiría definir los límites entre este y otros tipos de abuso dentro de la violencia de género, dotando de importancia y reconocimiento a las víctimas de abusos y agresiones sexuales.

La selección inicial de los ítems fue una propuesta personal basada en tres fuentes: 1) una revisión de los estudios y los instrumentos relacionados con violencia de género, con especial interés en instrumentos que miden la violencia sexual; 2) una revisión bibliográfica exhaustiva en el tema de la violencia de género y la violencia sexual; 3) la recogida de aportaciones por parte de víctimas de violencia sexual y de testimonios externos a través de internet.

Tras completar la búsqueda de material relevante, se propusieron una serie de ítems que pretenden representar cada una de las estrategias de agresión en grupos de categorías.

2.1.1. Definición de variables objeto de estudio

Tras esta primera fase, el resultado fue la propuesta de un instrumento formado por 32 ítems representativos de estrategias de violencia sexual contra las mujeres. Este instrumento recopila un amplio espectro de situaciones de abuso sexual que van desde lo más sutil hasta lo más claro y evidente. Para definir si una situación es abusiva, se habla en términos de insistencia, presión u obligación en los ítems que se refieren a la realización de prácticas sexuales no deseadas. También se incluyen ítems que representan situaciones relacionadas con la violencia sexual y que son externas a las relaciones sexuales, como puede ser el uso de insultos de carácter sexual, la difusión de fotografías de carácter sexual o la despreocupación ante un posible embarazo no deseado.

El instrumento inicialmente se agrupa en torno a cinco categorías de clasificación de estrategias de comportamiento abusivo: 1) Negligencia sexual (NEG), 2) Acoso y ciberacoso (ACO), 3) Control sobre el cuerpo (CON), 4) Control sobre la maternidad (MAT) y 5) Presión y chantaje (PRE), que se consideraron representativas de las estrategias de violencia sexual propuestas.

La primera categoría, **negligencia sexual**, se refiere a la falta de cuidados básicos en las relaciones sexuales. En esta categoría encontramos la despreocupación por el placer de la otra persona, por el uso de métodos anticonceptivos y la falta de responsabilidad ante un posible embarazo no deseado o un acto violento durante el sexo. Se incluyen prácticas que tienen como objetivo la satisfacción individual sin responsabilidad afectivo-sexual.

La categoría de **acoso y ciberacoso** se compone por estrategias de violencia en base a ataques personales y divulgación de información confidencial o falsa, con el fin de causar un daño a la pareja o expareja o dañar su reputación. Se refiere al uso de insultos y bromas de carácter sexual que incomodan a la víctima, la difusión de rumores y la divulgación de contenido fotográfico de carácter sexual. Se incluyen prácticas que tienen como objetivo causar daño o humillar a la otra persona.

La categoría de **control sobre el cuerpo** se define como la imposición de la voluntad del agresor sobre el cuerpo de la víctima. En esta categoría, encontramos estrategias de violencia sexual como la imposición del uso de anticonceptivos hormonales las prácticas sexuales sin contar siquiera con un consentimiento viciado. Estas estrategias tienen como objetivo imponer la propia voluntad del agresor.

La categoría de **control sobre la maternidad** se refiere a situaciones en las que el agresor impone su voluntad sobre el cuerpo de la víctima en relación a los derechos reproductivos, como son los casos de aborto o maternidad forzada. Se recogen estrategias que tienen como objetivo imponer la propia voluntad del agresor.

Por último, la categoría de **presión y chantaje** se refiere al uso de estrategias que se basan en presionar a la víctima para que actúe de cierta manera y de acuerdo con la voluntad del agresor. Se refiere al chantaje emocional como herramienta usada en las relaciones de pareja para obtener el consentimiento viciado de las víctimas de violencia sexual. En esta categoría, encontramos todas aquellas situaciones relacionadas con el uso de la insistencia, presiones e imposiciones dentro de las relaciones sexuales. Estas estrategias tienen como objetivo provocar que la persona actúe de cierto modo.

Todas estas estrategias tienen en común un objetivo, que consiste en dominar a la víctima e imponer la voluntad del agresor para satisfacer sus propias demandas. Las categorías sirvieron para abarcar el mayor número de estrategias posibles. Aunque la clasificación ayuda al análisis, necesitaremos estudiar cada estrategia por separado.

2.1.2. Validación y jerarquía de las estrategias de violencia sexual en relaciones de pareja

El instrumento construido en la fase anterior fue sometido a evaluación por un grupo de personas expertas en materia de violencia de género. El objetivo fue validar el contenido del cuestionario y de los valores implícitos en él.

2.1.3. Método

El procedimiento que se llevó a cabo para la validación del instrumento fue el método Delphi, un método de investigación cualitativa que se basa en la opinión de personas expertas en el tema que se quiere estudiar para llegar a un acuerdo y aportar validez a un cuestionario final. El método Delphi se ha aplicado, por ejemplo, en el campo de la violencia psicológica en pareja (Rodríguez, Porrúa, Escartín, Martín, & Almendros, 2012). Siguiendo la metodología de este estudio, establecimos un procedimiento que consiste en estudiar la gravedad de cada estrategia planteada dentro del cuestionario, a la par que la frecuencia con la que estas situaciones se dan en relaciones de pareja, para así poder establecer una jerarquía y poder interpretar los datos de la mejor manera posible. También se recogieron aportaciones por parte de las personas expertas que participaron en todo el proceso, que podían mostrar su opinión sobre cada ítem, solicitar una modificación en la redacción y proponer ítems nuevos.

Este método nos permitió obtener una respuesta grupal estadísticamente interpretable, manteniendo el anonimato de las personas participantes y permitiendo la retroalimentación y los cambios de opinión en todo el proceso.

2.1.4. Participantes

El proceso se llevó a cabo con un total de 10 personas, que participaron durante todo el proceso de manera voluntaria y anónima. La elección se basó en dos condiciones: 1) cumplir con el perfil de las personas a las que iría destinado el cuestionario, es decir, ser mujeres jóvenes de hasta 25 años de edad y residentes en España, 2) tener formación en igualdad (a través de talleres, conferencias, cursos o asignaturas), de manera que las personas seleccionadas podían cumplir una o ambas condiciones, además de aceptar el compromiso de participar de manera activa durante todo el proceso.

Las características de la muestra fueron las siguientes: hubo un total de ocho mujeres y dos hombres; los dos hombres contaban con formación reglada en materia de género, cuatro mujeres respondieron al perfil de destino del cuestionario, cuatro mujeres cumplieron ambas condiciones.

2.1.5. Procedimiento

La primera fase dentro del método Delphi fue la presentación del instrumento creado para medir las estrategias de violencia sexual. Se entregó a todas las personas participantes el listado de 32 ítems propuestos, con el objetivo de que calificaran la frecuencia con la que las situaciones descritas se dan en relaciones de pareja en población joven en una escala de 0 a 100. Por otro lado, se pedía que calificaran la gravedad de las mismas en una escala del 1 al 5, siendo 1= Poco grave y 5= Muy grave. El objetivo fue descartar situaciones que carecieran de gravedad y construir una jerarquía en relación con la frecuencia. Por otro lado, se habilitó un apartado para posibles sugerencias de cambio y aportaciones. Tras obtener los resultados, se calcularon estadísticos de las puntuaciones obtenidas utilizando el paquete estadístico SPSS, que fueron usados en la segunda fase del proceso.

El **resultado** de esta fase fue la incorporación de dos nuevas estrategias de violencia sexual en forma de los siguientes ítems: «Me han insistido para tener sexo a pesar de manifestar estrés o cansancio» y «Me han presionado para mantener relaciones en los días de la menstruación a pesar de que yo no quería». Ambos ítems se incluyeron en la categoría de presión y chantaje. Por otro lado, se obtuvieron las calificaciones en base a la frecuencia y gravedad del resto de ítems del instrumento, pudiendo calcular las puntuaciones medias para cada ítem.

En la segunda fase del procedimiento se reconstruyó el listado de ítems en base a la frecuencia media obtenida en la fase anterior, ordenando los ítems de mayor a menor frecuencia. También se incluyeron los siguientes datos al listado: la puntuación media de frecuencia y gravedad obtenida para cada ítem, la desviación típica de cada puntuación y la puntuación máxima y mínima para cada ítem. De esta manera, las personas participantes pudieron obtener retroalimentación y contrastar sus opiniones con las del resto. En esta segunda fase, las y los participantes debían calificar de nuevo las estrategias de violencia sexual de acuerdo a las variables de frecuencia y gravedad, pudiendo cambiar o mantener su calificación. Tras este procedimiento, las respuestas se analizaron utilizando el programa estadístico SPSS. Se utilizó la prueba no paramétrica para dos muestras relacionadas Z de Wilcoxon para comprobar el consenso entre ambas mediciones. Las calificaciones de la variable de frecuencia sirvieron para ordenar los ítems dentro del cuestionario final.

2.1.6. Resultados

Los resultados de la medición de gravedad de la segunda fase del procedimiento fueron los siguientes: las estrategias de violencia sexual que fueron consideradas más severas fueron quitarse el preservativo durante la relación sexual sin que ella lo sepa (estrategia de la categoría de control sobre el cuerpo), difundir fotografías de carácter sexual de la pareja o expareja (acoso y ciberacoso), continuar manteniendo la relación sexual a pesar de que la pareja pida parar (control sobre el cuerpo), continuar manteniendo la relación sexual a pesar de que la pareja manifieste queja o dolor (control sobre el cuerpo), imponer la maternidad forzosa o impedir el aborto (control sobre la maternidad), imponer el aborto forzoso (control sobre la maternidad), despreocuparse ante un posible embarazo no deseado (negligencia sexual), grabar la relación sexual sin que ella lo sepa (acoso y ciberacoso) y la violación mientras ella está dormida (control sobre el cuerpo). Todas ellas recibieron la máxima puntuación (M=5.00). Aquellas que recibieron puntuaciones más bajas fueron usar insultos de carácter sexual (M=3.800, acoso y ciberacoso), ante la negativa de tener sexo, decir «no me deseas/ no me quieres» (M=3.900), presión o chantaje) y hacer bromas o gestos sexuales en momentos inapropiados para incomodar a la pareja (M=3.900).

Aún en las estrategias en las que se obtuvieron puntuaciones más bajas, estas calificaciones fueron lo suficientemente altas como para ser incluidas dentro del cuestionario final.

Las medidas tomadas en consideración fueron las de la segunda fase, debido a que se comprobó tras la aplicación de la prueba Z de Wilcoxon (ver Tabla 1) que no había diferencias significativas entre las medias de la primera y la segunda calificación. No hubo por tanto necesidad de una tercera fase. Tras la validación de contenido, se procedió a construir el instrumento final. La Escala de Violencia Sexual en la Pareja constó de 34 ítems, ordenados en base a las puntuaciones de frecuencia obtenidas en la segunda fase del método Delphi.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos: Medición de frecuencia en la metodología Delphi y prueba Z de Wilcoxon

	Media de la primera fase	Media de la segunda fase	Z de Wilcoxon Sig.
Neg1	76,3	69,4	,527
Neg2	70,8	73,4	,320
Neg3	61,5	63,0	,673
Neg4	56,3	57,5	,906
Neg5	41,3	46,7	,341
Aco1	71,0	53,5	,671
Aco2	65,4	42,3	,858
Aco3	53,0	53,5	,932
Aco4	44,5	73,5	,235
Con1	57,4	59,4	,438
Con2	60,5	57,0	,622
Con3	53,5	56,5	,673
Con4	60,5	74,5	,161
Con5	35,0	34,6	,931
Con6	26,5	28,7	,858
Con7	30,6	24,5	,073
Mat1	46,0	41,0	,495
Mat2	43,5	37,0	,609
Pre1	72,7	78,3	,433
Pre2	-	65,0	-
Pre3	55,0	58,0	,362
Pre4	57,3	61,5	,325
Pre5	52,3	61,0	,332
Pre6	63,5	59,7	,552
Pre7	56,1	52,5	,918
Pre8	60,8	57,0	,878
Pre9	43,1	63,7	,878
Pre10	48,0	40,0	,256
Pre11	37,5	39,5	,677
Pre12	37,7	39,0	,953
Pre13	-	36,8	-
Pre14	25,0	31,0	,105
Pre15	30,9	30,0	,473
Pre16	27,0	24,0	,596

2.2. Fase 2: Aplicación empírica del cuestionario

Nuestro objetivo con la administración de la Escala de Violencia Sexual en la Pareja fue conocer de qué manera se produce la violencia sexual en pareja en población joven y qué incidencia tienen este tipo de agresiones. El estudio se enfocó en conocer cuáles son aquellas estrategias más usadas y la frecuencia con la que estas se producen.

2.2.1. Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 185 mujeres cuyos datos sociodemográficos podemos ver en la Tabla 3. Las condiciones de participación fueron ser mujer joven (hasta 25 años de edad) y residente en España. Un 70,8% de las mujeres (131) se declararon heterosexuales, el 25,9% (48 mujeres) se identificaron como bisexuales, un 2,7% (5 mujeres) se declararon lesbianas y un 0,5% (1 mujer) se identificó como pansexual. El 87% de las participantes había nacido en España (161 mujeres), mientras un 13% habían nacido en países europeos, países de América del Sur (6,5%) o países africanos (1,1%).

En lo relativo a las relaciones de pareja, un 5,4% de las participantes afirman que no han tenido nunca pareja. El motivo para no excluir a este grupo es tener en cuenta que las respuestas se orientan a relaciones íntimas que, aunque ellas no llegan a calificar de pareja, pueden aportar datos útiles para la investigación.

Tabla 2
Datos sociodemográficos de las participantes del estudio

N=185	
Edad	%
18 años	9,8
19 años	9,7
20 años	11,4
21 años	31,4
22 años	16,2
23 años	9,2
24 años	6,5
25 años	5,9
Orientación sexual	
Heterosexual	70,8
Lesbiana	2,7
Bisexual	25,9
Pansexual	0,5
País de nacimiento	
España	87
Países Europeos	13
Países de América del Sur	6,5
Países Africanos	1
Pareja en la actualidad	
Sí	68,1
No	31,9
Sexo de la pareja actual	
Hombre	91,3
Mujer	8,7
Tipo de relación actual	
Saliendo	8,8
Relación seria	69,6
Pensando en vivir juntos/casarse	15,2
Viviendo juntos	6,4
Casados	0
Número de parejas que ha tenido	
0	5,4
De 1 a 2	59,4
De 3 a 4	29,7
5 o más	5,4

2.2.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron la Escala de Violencia Sexual en la Pareja (elaboración ad hoc) que consiste en una escala Likert de 1 a 5 (Nunca, Alguna vez, Varias veces, A menudo, Siempre) y el paquete estadístico SPSS, que sirvió para estudiar los resultados obtenidos.

2.2.3. Procedimiento

Para la evaluación de la incidencia y características de la violencia sexual en parejas jóvenes se utilizó la Escala de Violencia Sexual en la Pareja. El cuestionario se distribuyó a través de medios digitales. A las participantes se les indicó que, a la hora de responder a las preguntas, pensarán en sus relaciones con parejas o exparejas. Para controlar que las mujeres participantes fueran residentes en España se incluyó una pregunta en la que se debía indicar el país actual de residencia. Para controlar que fueran mujeres, se incluyó una pregunta en la que se debía indicar el sexo del participante. Para comprobar el sexo del agresor, se incluyó una pregunta en la que las participantes debían indicar el sexo de la persona agresora en caso de haber sufrido alguna de las estrategias de violencia sexual incluidas en el cuestionario. Por último, se añadió un apartado opcional en la que las participantes podían compartir alguna experiencia que le hubiera venido a la mente al completar el cuestionario.

Tras la recogida de datos, se procedió al análisis de los resultados utilizando el paquete estadístico SPSS. Se estudió la incidencia de las cinco categorías del cuestionario en general y de cada estrategia en particular. Se calculó el porcentaje de respuestas positivas y el porcentaje de cada respuesta (Nunca, Alguna vez, Varias veces, A menudo, Siempre) para cada ítem. Por otro lado, se estudió la consistencia interna del cuestionario a través de la obtención del coeficiente Alpha de Cronbach.

2.2.4. Resultados

Tras un análisis descriptivo de los datos (ver Tabla 8), encontramos que las estrategias usadas con más frecuencia son aquellas formas más sutiles de violencia sexual, sobre todo con relación a la negligencia sexual, el acoso y ciberacoso y las presiones y chantajes. Las menos utilizadas fueron las estrategias de control sobre la maternidad. Por otro lado, no hubo ninguna estrategia que todas las mujeres indicaran no haber sufrido. El 90,82% de las participantes habían sufrido, al menos, alguna de las formas de violencia descritas en el cuestionario.

El cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach mostró una elevada consistencia interna ($\alpha = .934$) del cuestionario.

Las dos estrategias de violencia sexual que obtuvieron una mayor puntuación media fueron la Neg1: «Se han despreocupado o no le han dado importancia a mi placer sexual» ($M=2,89$), seguida de la Neg2: «Se han despreocupado del uso de métodos anticonceptivos» ($M=2,1892$), ambas referentes a la **negligencia sexual** (ver Tabla 3). Podemos ver los datos más detallados en las figuras 1 y 2.

Figura 1

Respuestas a «Se han despreocupado o no le han dado importancia a mi placer sexual»



Figura 2

Respuestas a «Se han despreocupado del uso de métodos anticonceptivos»



En el caso de la despreocupación por el placer sexual, un 60,5% de las mujeres reconocen haber vivido esta situación al menos en alguna ocasión. Un 56,2% reconoce que, al menos alguna vez, su pareja se ha despreocupado del uso de métodos anticonceptivos.

En esta misma categoría se estudiaban la estrategia Neg3: «Mi pareja o expareja se ha negado a usar preservativo porque no le gusta», en la que se registraron un 31,9% de respuestas afirmativas, junto con la Neg5: «Se han despreocupado ante un embarazo o posible embarazo no deseado». Un 14,6% de las mujeres afirmaron haber vivido esta situación en alguna ocasión. Por último, la Neg4: «Me han culpado de un acto violento durante el sexo (tú me pones así)», en la que se registraron un 12,4% de respuestas afirmativas. Estos resultados, referentes a la negligencia sexual, nos muestran la frecuencia con la que se produce la falta de cuidados básicos en las relaciones íntimas de pareja y la irresponsabilidad sobre los riesgos.

Tabla 3
Ítems de la categoría: Negligencia sexual

Ítem
Neg1: Se han despreocupado o no le han dado importancia a mi placer sexual
Neg2: Se han despreocupado del uso de métodos anticonceptivos
Neg3: Mi pareja o expareja se ha negado a usar preservativo porque no le gusta
Neg4: Me han culpado de un acto violento durante el sexo (tú me pones así)
Neg5: Se han despreocupado ante un embarazo o posible embarazo no deseado

Por otro lado, la estrategia que ha obtenido un mayor número de respuestas positivas fue la Pre1: «Me han presionado o insistido para mantener sexo cuando yo no quería», estrategia de la categoría de **presión y chantaje** que, aunque alcanzó una puntuación media inferior a las Neg1 y Neg2, en ella se registró el número más bajo de respuestas negativas con tan sólo un 36,8% de las mujeres que respondieron no haber sufrido nunca esta situación. Podemos ver los datos más completos en la figura 3.

Figura 3
Respuestas a «Me han presionado o insistido para mantener sexo cuando yo no quería»



En la categoría de **acoso y ciberacoso** (ver Tabla 4), la estrategia más frecuente es la Aco2: «Han usado insultos de carácter sexual contra mí (Por ejemplo: guarra - mojígata)». Un 39% de las mujeres afirman haber sufrido esta situación al menos alguna vez por parte de su pareja o expareja; 1 de cada 20 mujeres (un 5%) afirma haberlo vivido en todas sus relaciones de pareja. En esta categoría, las siguientes estrategias que han obtenido una puntuación mayor son la Aco1: «Han creado rumores sobre mi comportamiento sexual» y la Aco4: «Han hecho bromas o comentarios sexuales en momentos inapropiados para incomodarme». Con relación a la primera situación, casi un tercio de las mujeres (32%) respondieron afirmativamente. En cuanto a las bromas y comentarios de carácter sexual, un 28,6% de las mujeres indicaron haber vivido esta situación al menos una vez.

Por último, en esta categoría se preguntaba acerca de la difusión de fotografías de carácter sexual (Aco3). Esta estrategia ha suscitado un creciente interés debido al uso cada vez más frecuente de las tecnologías y siendo una situación que ha provocado el sufrimiento de mujeres y adolescentes, llegando en ocasiones hasta el suicidio de las víctimas. Los resultados mostraron que un 8,6% de las mujeres habían sufrido este tipo de violencia al menos en alguna ocasión. Estos datos, que nos hablan de casi 1 de cada 11 mujeres cuyas parejas o exparejas habrían difundido este tipo de contenido, nos preocupan por la especial gravedad de los hechos, que constituyen un delito recogido en el código penal, ya que la difusión de este tipo de contenido, aun cuando la víctima hubiera dado su consentimiento en el momento en el que se hicieron las fotografías o vídeos, menoscaba gravemente la intimidad personal de esa persona (Ley orgánica 1/2015).

Tabla 4
Ítems de la categoría: Acoso y ciberacoso

Ítem
Aco1: Han creado rumores sobre mi comportamiento sexual
Aco2: Han usado insultos de carácter sexual contra mí (Por ejemplo: guarra - mojígata)
Aco3: Han difundido fotografías mías de carácter sexual
Aco4: Han hecho bromas o comentarios sexuales en momentos inapropiados para incomodarme

Con relación a la categoría de **control sobre el cuerpo** (ver Tabla 5), la estrategia más frecuente es la Con3: «Me han realizado tocamientos indeseados en momentos o lugares inapropiados que me han incomodado». Esta estrategia contó con un 40,5% de respuestas afirmativas, lo nos indica que 2 de cada 5 mujeres han vivido esta situación al menos una vez en sus relaciones de pareja.

Dentro de esta categoría, la siguiente estrategia más frecuente es la Con2: «Han continuado la relación sexual a pesar de que yo manifestaba queja o dolor», en la que un 35,7% de las mujeres afirmaron haber pasado por esta situación. Continúa la Con1: «Mi pareja o expareja me ha obligado a usar métodos anticonceptivos alternativos al preservativo (como pastillas anticonceptivas)». El carácter de obligatoriedad supone un control sobre el cuerpo de la víctima. Un 18,4% de las mujeres habían sufrido esta imposición.

En la estrategia Con4: «Han continuado manteniendo la relación sexual a pesar de que yo pedía parar», a pesar de ser una situación explícita en la que se esperaba una activación de la deseabilidad social a la hora de responder, los resultados fueron sorprendentes; 2 de cada 9 mujeres (un 22,2%) afirmaron haber pasado por esta situación al menos en alguna ocasión. Es una cifra alarmante teniendo en cuenta la gravedad de la situación.

El resto de las estrategias de esta categoría también relataban situaciones muy graves. Eran la Con5: «Se han quitado el preservativo durante la relación sexual sin decirme nada». Se registraron un 8,6% de respuestas afirmativas. La Con6: «Han grabado la relación sexual sin que yo lo supiese». El 5,1%, es decir, 1 de cada 20 de las mujeres entrevistadas había vivido esta situación. Por último, la Con7: «Me han violado mientras dormía», con un 5,4% de respuestas afirmativas. A pesar de ser poco frecuentes, el resultado obtenido en los ítems correspondientes a estas estrategias es preocupante teniendo en cuenta la gravedad de las mismas.

Tabla 5
Ítems de la categoría: Control sobre el cuerpo

Ítem
Con1: Mi pareja o expareja me ha obligado a usar métodos anticonceptivos alternativos al preservativo (como pastillas anticonceptivas)
Con2: Han continuado la relación sexual a pesar de que yo manifestaba queja o dolor
Con3: Me han realizado tocamientos indeseados en momentos o lugares inapropiados que me han incomodado
Con4: Han continuado manteniendo la relación sexual a pesar de que yo pedía parar
Con5: Se han quitado el preservativo durante la relación sexual sin decirme nada
Con6: Han grabado la relación sexual sin que yo lo supiese
Con7: Me han violado mientras dormía

En cuanto a la categoría de **control sobre la maternidad** (ver Tabla 6), se preguntaba acerca de las siguientes estrategias: Mat1: «Me han impuesto el aborto forzoso» y Mat2: «Me han impuesto la maternidad forzosa o me han prohibido el aborto». Ambas estrategias mostraron por sus resultados ser poco frecuentes. El 1,6% de las mujeres afirmaron haber sufrido la imposición de un aborto forzoso por parte de su pareja o expareja. En cuanto a la prohibición del aborto, un 1,1% afirmó haber sufrido esta situación de violencia.

Tabla 6
Ítems de la categoría: Control sobre la maternidad

Ítem
Mat1: Me han impuesto el aborto forzoso
Mat2: Me han impuesto la maternidad forzosa o me han prohibido el aborto

El resto de las estrategias estudiadas pertenecen a la categoría de **presión y chantaje** (ver Tabla 7), siendo el grueso del cuestionario debido a las múltiples situaciones de violencia que abarca esta categoría. Encontramos que la estrategia de violencia más frecuente (después de la Pre1 de la que ya hemos hablado anteriormente) es la Pre2: «Me han insistido para tener sexo a pesar de manifestar estrés o cansancio». Más de la mitad de las mujeres (un 56,2%) respondieron afirmativamente.

Le sigue la categoría Pre6: «Cuando he dicho que no me apetecía tener sexo, me han dicho cosas como “no me deseas / no me quieres”», con un 41,6% de mujeres que afirman haber sufrido este tipo de chantaje. En esta línea, las estrategias que estudiaron el chantaje fueron la Pre4: «Mi pareja o expareja ha llegado a enfadarse o ponerse agresiva si le decía que no quería tener sexo» (el 35,7% mujeres afirmaron haber vivido esta situación), la Pre5: «Me han presionado para mantener relaciones sexuales diciendo cosas como “lo necesito / es una necesidad”» (31,9% de respuestas afirmativas), la Pre8: «Me han chantajeado para tener sexo “de reconciliación” tras una discusión» (23,8% de las mujeres indicaron haberlo vivido), la Pre11: «Cuando me he negado a mantener relaciones, me han dicho “me estás engañando con otra persona”» (19,5% de respuestas afirmativas), la Pre10: «Me han amenazado con dejarme o cambiar de pareja si no quería tener sexo» (15,7% de respuestas afirmativas) y la Pre9: «Me han obligado a tener sexo diciendo: “es tu deber como novia”» (12,4% de respuestas afirmativas).

Todas estas situaciones responden a estrategias de chantaje emocional a través de las que el agresor pretende conseguir un consentimiento viciado por parte de su pareja.

En cuanto a las estrategias que medían las presiones para realizar prácticas sexuales no deseadas por la pareja, en orden de frecuencia, mostraron los siguientes resultados: En la Pre3: «Me han insistido u obligado a realizar prácticas sexuales que no deseaba (sexo oral, anal, bdsm...)» el 39,5% de las mujeres afirmaron haber vivido esta situación al menos alguna vez, la Pre7: «Me han comparado con otra persona a nivel sexual con una intención de desprecio», registró un 27% de respuestas afirmativas. Pre13: «Me han presionado para mantener relaciones en los días de la menstruación a pesar de que yo no quería» (un total de 16,2% de respuestas afirmativas), Pre12: «Mi pareja o expareja ha llegado a despertarme de madrugada presionándome para mantener relaciones» (15,1% de respuestas afirmativas), Pre15: «Me han insistido u obligado a grabar la relación sexual» (9,7% de respuestas afirmativas), Pre16: «Me han insistido u obligado a consumir drogas para mantener relaciones sexuales» (3,2% de respuestas afirmativas) y, por último, la Pre14: «Me han insistido u obligado a realizar prácticas sexuales con personas externas a la relación», que fue la estrategia menos frecuente, con tan solo un 0,5% de respuestas afirmativas.

Tabla 7
Ítems de la categoría: Presión y chantaje

Ítem
Pre1: Me han presionado o insistido para mantener sexo cuando yo no quería
Pre2: Me han insistido para tener sexo a pesar de manifestar estrés o cansancio
Pre3: Me han insistido u obligado a realizar prácticas sexuales que no deseaba (sexo oral, anal, bdsm...)
Pre4: Mi pareja o expareja ha llegado a enfadarse o ponerse agresiva si le decía que no quería tener sexo
Pre5: Me han presionado para mantener relaciones sexuales diciendo cosas como «lo necesito / es una necesidad»
Pre6: Cuando he dicho que no me apetecía tener sexo, me han dicho cosas como «no me deseas / no me quieres»
Pre7: Me han comparado con otra persona a nivel sexual con una intención de desprecio
Pre8: Me han chantajeado para tener sexo «de reconciliación» tras una discusión
Pre9: Me han obligado a tener sexo diciendo: «es tu deber como novia»
Pre10: Me han amenazado con dejarme o cambiar de pareja si no quería tener sexo
Pre11: Cuando me he negado a mantener relaciones, me han dicho «me estás engañando con otra persona»
Pre12: Mi pareja o expareja ha llegado a despertarme de madrugada presionándome para mantener relaciones
Pre13: Me han presionado para mantener relaciones en los días de la menstruación a pesar de que yo no quería
Pre14: Me han insistido u obligado a realizar prácticas sexuales con personas externas a la relación
Pre15: Me han insistido u obligado a grabar la relación sexual
Pre16: Me han insistido u obligado a consumir drogas para mantener relaciones sexuales

Tabla 8
Estadísticos descriptivos: Escala de Violencia Sexual en la Pareja

	M	DE	Estadísticas de fiabilidad Correlaciones α	%				
				Nunca	Alguna vez	Varias veces	A menudo	Siempre
Neg1	2,26	1,28	,506	39,5	21,6	18,4	14,1	6,5
Neg2	2,18	1,30	,552	43,8	21,1	13,5	15,7	5,9
Pre1	2,15	1,16	,701	36,8	31,9	14,6	13	3,8
Pre2	2,11	1,26	,751	43,8	24,3	14,6	10,8	6,5
Pre6	1,85	1,26	,699	58,4	18,9	8,1	7,6	7,0
Aco2	1,83	1,21	,450	61,1	12,4	13,5	8,1	4,9
Con3	1,82	1,23	,576	59,5	18,4	9,7	5,4	7,0
Pre3	1,72	1,11	,663	60,5	20,0	9,7	5,4	4,3
Pre4	1,71	1,14	,690	64,3	14,6	10,8	5,9	4,3
Neg3	1,68	1,19	,554	68,1	12,4	8,1	5,4	5,9
Pre5	1,67	1,17	,673	68,1	13,0	8,6	4,3	5,9
Con2	1,62	1,04	,680	64,3	20,0	8,1	3,8	3,8
Aco1	1,60	1,04	,382	68,1	16,6	9,7	4,3	3,2
Aco4	1,51	,97	,503	71,4	15,1	5,9	5,4	2,2
Pre7	1,50	,96	,644	73,0	11,4	9,2	4,9	1,6
Pre8	1,47	,99	,701	76,2	9,7	7,6	3,2	3,2
Con1	1,35	,86	,504	81,6	7,6	5,9	3,2	1,6
Pre11	1,35	,82	,679	80,5	8,6	6,5	3,2	1,1
Con4	1,35	,81	,662	77,8	15,1	3,8	0,5	2,7
Pre10	1,29	,79	,597	84,3	7,6	4,9	1,1	2,2
Pre12	1,28	,82	,571	84,9	8,6	2,2	1,6	2,7
Pre13	1,28	,77	,557	83,8	8,6	4,9	0,5	2,2
Pre9	1,26	,74	,448	87,6	5,9	3,2	1,6	1,6
Neg4	1,25	,76	,581	87,6	4,9	3,8	2,2	1,6
Neg5	1,23	,73	,618	85,4	7,0	4,9	1,1	1,6
Pre15	1,14	,50	,286	90,3	7,0	1,6	0,5	0,5
Con5	1,12	,48	,531	91,4	5,9	1,1	1,6	0,0
Aco3	1,12	,45	,315	91,4	4,9	3,2	0,5	0,0
Con7	1,11	,55	,437	94,6	2,7	0,5	1,1	1,1
Con6	1,07	,32	,369	94,1	4,3	1,6	0,0	0,0
Pre16	1,05	,32	,396	96,8	1,6	1,1	0,5	0,0
Mat1	1,03	,33	,169	98,4	0,5	0,5	0,0	0,5
Mat2	1,01	,10	,089	98,9	1,1	0,0	0,0	0,0
Pre14	1,00	,07	-,009	99,5	0,5	0,0	0,0	0,0

En cuanto al sexo del agresor, el 92,7% de las participantes afirmaron que fueron siempre hombres. Podemos ver datos más completos en la figura 4.

Figura 4
Respuestas a: «En caso de que una o varias situaciones se hayan dado en tus relaciones de pareja, ¿quién era la persona agresora?»



Por último, en el cuestionario se recogieron respuestas de carácter cualitativo en las que las participantes podían expresar situaciones que les habían venido a la mente al responder. Estos testimonios nos muestran las experiencias concretas de mujeres que anónimamente han querido compartir sus vivencias. Nos parecen muy interesantes ya que revelan hasta qué punto puede llegar a ser grave la violencia de género sexual:

Mujer de 18 años

«Después de haber insistido para tener relaciones, me decía “ves cómo lo pasamos bien”».

Mujer de 19 años

«Mi violación».

Mujer de 20 años

«Cuando perdí la virginidad me presionaron para que lo hiciera, era mi pareja estable y yo le decía que era muy pronto queriendo esperar y me presionó hasta que lo hice».

Mujer de 22 años

«Mi primera (pareja) fue una relación de abuso (presión constante, me cogía el móvil y se encerraba en el baño, me comparaba con otras mujeres, se enfadaba si cuando él quería darme celos no me ponía celosa) de las otras dos una fue a medias el exigía muchos cuidados porque tenía problemas y se debía de pensar que yo era su psicóloga personal. (...) lo que yo hubiese necesitado era educación afectivo-sexual antes de empezar a relacionarme con mis parejas».

Mujer de 18 años

«Discutimos y me chantajeó para que le hiciera una felación en la calle para reconciliarnos».

Mujer de 18 años

«Con mi expareja, resultó que no me quería de verdad y sencillamente se acercó a mí porque dijo que le parecía una mojigata y le ponía un montón la idea de follarme y descubrir si era verdad lo que yo aparentaba».

Mujer de 18 años

«Mi novio actual, le quiero mucho, pero a veces, mientras follamos y hago “trucos”, me dice que soy una suelta. Lo dice de broma, espero, pero me incomoda porque constantemente no para de recordarme que estuve con muchos otros antes de él...».

Mujer de 20 años

«Esta encuesta me ha dado pavor al pensar que por suerte yo no he sido afectada, pero cuántas lo habrán sido... Ojalá cambie todo algún día».

Mujer de 21 años

«Muchas veces me ha despreciado mi expareja como mujer llamándome frígida o que tenía alguna enfermedad mental por no mantener relaciones sexuales o no tener ese deseo ansioso y constante de tenerlas. He vivido chantajes constantes durante meses, que si no mantenía relaciones me dejaba y yo, por miedo a la soledad, continuaba a pesar de que no quisiera usar preservativo, lo que me ha ocasionado utilizar test de embarazo y sobre todo ocultárselo a mi familia por deseo de él. He sentido miedo y humillación en múltiples ocasiones, delante de amigos y familia porque me trataba como a un objeto sexual sin cabeza».

3. Conclusiones y discusión

Este estudio surgió con la idea de conocer de qué forma se produce la violencia sexual en parejas jóvenes. Recogimos una amplia variedad de estrategias de violencia con el objetivo de crear un instrumento que fuera lo más completo posible y que consiguiera abarcar aquellas situaciones que suelen pasar desapercibidas en el marco de las relaciones de noviazgo. La clasificación incluye estrategias que van desde lo más sutil hasta lo más evidente y que fueron avaladas por el panel de expertas y expertos.

Tras la aplicación del cuestionario podemos responder a la pregunta inicial. Se obtiene que el 90,82% de las mujeres entrevistadas han sufrido alguna forma de violencia sexual en sus relaciones de pareja, siendo las más comunes formas sutiles de violencia referentes a la negligencia sexual y las presiones y chantajes. Los datos nos muestran que la alta incidencia de la violencia sexual en parejas jóvenes. Si comparamos estos datos con el estudio realizado por la FRA (2014), vemos una gran diferencia en los resultados. En el estudio de la FRA se preguntaba acerca de violencia sexual con uso de la fuerza física. Un 5% de las mujeres afirmaron haber sufrido este tipo de violencia.

Encontramos estas grandes diferencias no solo por la variedad de estrategias que se evalúan, sino también por el uso de una definición de consentimiento que trasciende el uso de violencia física. Este es el principal aporte de este estudio; el análisis de una amplia variedad de formas de violencia sexual desde un enfoque de entendimiento del abuso como cualquier comportamiento o actitud que tenga como fin imponer la voluntad del agresor sobre el comportamiento de la víctima o instrumentalizar a la persona con fines sexuales.

Dicho sea esto, somos conscientes de que es una primera aproximación y necesitaremos replicar el estudio para superar las limitaciones de la muestra y poder comprobar si los datos de consistencia interna se mantienen, así como analizar correlaciones internas de las distintas subdimensiones y un análisis factorial confirmatorio de las mismas que nosotras por limitación de tiempo no hemos podido llevar a cabo.

Entre otras limitaciones, encontramos las propias de no poder administrar el cuestionario de forma presencial (a causa de la Covid-19). Al llevar a cabo la fase empírica a través de plataformas digitales existen dificultades para asegurar que el cuestionario llegara a las personas a las que iba dirigido y, al mismo tiempo, evitar que personas que no cumplieran las condiciones lo cumplimentaran.

El cuestionario iba dirigido a mujeres jóvenes (de hasta 25 años) residentes en España, podemos señalar como fortaleza del estudio el hecho de que se estudie la incidencia de la violencia sexual en pareja en una población delimitada, lo que nos hace poder estudiar los datos en su contexto específico.

Los resultados encontrados fueron sorprendentes. Se incluyeron estrategias variadas en cuanto a gravedad y frecuencia. A pesar de que el tamaño de la muestra no fue muy elevado (185 participantes) se registraron respuestas afirmativas en todas las estrategias. En cuatro de las estrategias se encontró que más de la mitad de las mujeres entrevistadas afirmaron haberla sufrido. Estas estrategias fueron: presionar o insistir para mantener sexo cuando ella no quiere, despreocuparse por el placer sexual femenino, despreocuparse por el uso de métodos anticonceptivos y presionar para tener sexo a pesar de que ella manifieste estrés o cansancio.

La alta incidencia de estas situaciones en las relaciones de pareja jóvenes muestra una despreocupación y desinterés de los varones en los cuidados básicos de las relaciones sexuales con sus compañeras. Las mujeres entrevistadas comparten el sentimiento que sus parejas no le dan importancia a su placer sexual ni a su deseo. De hecho, esta preocupación de las mujeres por su placer sexual puede entenderse si contrastamos estos datos con estudios como el Differences in Orgasm Frequency Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Men and Women in a U.S. (Frederick, St John, Garcia, & Lloyd, 2018), en el que encontramos que existe una notable diferencia entre hombres y mujeres en la frecuencia en la que estos llegan al orgasmo en sus relaciones íntimas; el 95% de los varones heterosexuales afirman llegar al orgasmo normalmente en sus relaciones sexuales, a diferencia del 65% de las mujeres heterosexuales que hacen la misma afirmación. Podríamos pensar que esta diferencia es causada por la propia naturaleza sexual del individuo, pero al observar la cifra de las mujeres lesbianas encontramos que un 86% de ellas afirman llegar al orgasmo normalmente en sus relaciones íntimas, por lo que es problema parece no encontrarse en la capacidad o facilidad de las mujeres para llegar al orgasmo.

La utilización del cuerpo de las mujeres como instrumento para conseguir placer sexual no deja de ser una forma de violencia estudiada como la cosificación de las mujeres y la instrumentalización de la sexualidad femenina, que constituye de hecho un fenómeno de máxima importancia en el proceso de subordinación de las mujeres (Delgado, 2017). De manera consciente o inconsciente, vemos como esta dinámica se reproduce en las relaciones de pareja jóvenes.

Como conclusión, nos gustaría resaltar la importancia del estudio de las presiones y el chantaje emocional utilizados a menudo para obtener el consentimiento viciado de las víctimas de abusos. Estamos de acuerdo en que el consentimiento debe prestarse voluntariamente como manifestación del libre arbitrio de la persona. Consideramos también que es necesario extender la investigación a relaciones fuera del marco de la pareja para una visión más completa y realista de las dinámicas de abuso sexual en población joven.

Bibliografía

- Cáceres, J. (2004). Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto. *Clínica y salud. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 15 (1), 33-54.
- Council of Europe. (11 de Mayo de 2011). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica*. Estambul: Council of Europe Treaty Series - No. 210.
- Cuenca, A. (11 de Agosto de 2018). Angélica Cuenca: «El tiempo de los lobos ha acabado y ahora somos las mujeres quienes aullamos». *Diario Sur*.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2018). *Colección contra la violencia de género. Percepción social de la violencia sexual*. Madrid: Centro de publicaciones.
- Delgado, A. (2017). *La instrumentalización de las mujeres desde una mirada histórica al amor en Occidente*. Jaén: IX Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres .
- Delgado, A., & Mergenthaler, E. (2011). Evaluación Psicométrica de la percepción de la violencia de género en la adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 197-205.
- Faraldo, P. (2006). Razones para la introducción de la perspectiva de género en Derecho penal a través de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, sobre medidas de protección integral contra la violencia de género. *Revista Penal*, 7.
- FRA, European Union Agency For Fundamental Rights. (2014). *Violencia de género contra las mujeres: Una encuesta a escala de la UE*. Viena: Oficina de Publicaciones.
- Frederick, D., St John, K., Garcia, J., & Lloyd, E. (2018). Differences in Orgasm Frequency Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Men and Women in a U.S. National Sample. *Arch Sex Behavior*, 47 (1), 273–288.
- Ley orgánica 1/2015, d. 3. (s.f.). *Ley orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, 77, de 31/03/2015. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-3439>. Recuperado el 02 de Mayo de 2020, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-3439>*
- Ministerio del Interior, G. d. (s.f.). *Balance trimestral de criminalidad. Sistema estadístico de Criminalidad*. Recuperado el 04 de Junio de 2020, de <https://estadisticasdecriminalidad.ses.mir.es/publico/portalestadistico/portal/balances.html>
- Moral, J., & Basurto, R. (2015). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja. *International Journal of Good Conscience*, 10 (2), 109-128.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Understanding and addressing violence against women.
- Rodríguez, A., Porrúa, A., Escartín, J., Martín, J., & Almendros, C. (2012). Taxonomía y jerarquización de las estrategias de abuso psicológico en la violencia de pareja.
- Rodríguez, L., López-Cepero, J., Rodríguez, F., Bringas, C., Antuña, M., & Entrada, C. (2010). Validation of the Dating Violence Questionnaire, DVQ, (Cuestionario de Violencia Entre Novios, CUVINO) among Spanish-speaking youth: Analisis of results in Spain, Mexico and Argentina. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 43-50.
- Subirats, M. (2014). *Forjar a un hombre, moldear una mujer*. ARESTA.
- Valdez, R., Híjar, M., Salgado, N., Rivera, L., Avila, L., & Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud pública de México*, 48 (2), 221-231.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Teoría de la Mente y competencia lingüística. Relaciones con la habilidad para decir mentiras piadosas y persuadir en niños y niñas de 6 a 12 años

Trabajo de fin de grado de María Mayoral Claver,
tutorizado por Carmen Barajas Esteban

Resumen

La Teoría de la Mente (ToM) y la competencia lingüística han sido relacionadas con la habilidad para producir mentiras piadosas y para persuadir. Este estudio pretende investigar si la habilidad para producir mentiras piadosas y para persuadir, egoísta y prosocialmente, evoluciona con la edad, incidiendo específicamente en el tramo de 6 a 12 años, y si está asociada a tener mayor competencia lingüística y teoría de la mente, distinguiendo entre los componentes epistémicos y emocionales. A partir de una muestra de 145 alumnos/as, entre 6 y 12 años; análisis de varianza y correlaciones de Spearman, proporcionaron evidencias de un punto de inflexión evolutiva en torno a los 8 años en la habilidad de producción de mentiras piadosas y de persuasión egoísta y prosocial; y que, de esa edad en adelante, las habilidades de producción de mentiras piadosas y de persuasión no están asociadas a la edad tanto como a las habilidades lingüísticas y mentales. Así mismo, se obtiene que aquellas tareas que evalúan la atribución de estados emocionales (más que de conocimiento) son las que más se relacionan con la habilidad de producción de mentiras piadosas y persuasión. Los resultados de esta investigación son de interés en cuanto a la relevancia de estas habilidades, en este tramo de edad, para el éxito académico y social.

Palabras clave: Mentira piadosa, persuasión, competencia lingüística, teoría de la mente.

Abstract

Theory of Mind (ToM) and language proficiency have been linked to the ability to produce white lies and persuade. This study aims to investigate whether the ability to produce white lies and to persuade, selfishly and prosocially, evolves with age, specifically affecting the 6 to 12 years age bracket, and if it is associated with having greater linguistic competence and theory of mind, distinguishing between epistemic and emotional components. From a sample of 145 students, between 6 and 12 years old; analysis of variance and Spearman's correlations, provided evidence of an evolutionary turning point around 8 years in the ability to tell white lies and selfish persuasion; and that, from that age onward, the skills of telling white lies and persuasion are not associated with age as much as with linguistic and mentalistic skills. Likewise, it is obtained that those tasks that evaluate the attribution of emotional states (rather than knowledge) are those that are most related to the ability to tell white lies and persuasion. The results of this research are of interest regarding the relevance of these skills, in this age bracket, for academic and social success.

Keywords: White lies, persuasion, linguistic competence, theory of mind.

1. Introducción

La Teoría de la Mente (ToM) es la habilidad cognitiva que consiste en la atribución de estados mentales, y en su uso para interpretar el comportamiento. En la misma línea, Tirapu-Ustároz et al. (2007) se refieren al término como la habilidad para predecir y comprender la conducta de otras personas a partir de la comprensión de sus conocimientos, intenciones y creencias. En otras palabras, el término es explicado por Carpendale y Lewis (2006) indicando que la ToM es la capacidad que permite a los individuos explicar la propia conducta y la de los demás basándose en estados mentales de conocimiento y emociones.

Como se ha expuesto anteriormente, diversos autores se han dedicado a lo largo de los años a definir el constructo de teoría de la mente. Pero ¿qué se ha estudiado de la ToM en relación con la edad de los niños/as? Existen gran cantidad de estudios que pretenden explicar la atribución de estados de conocimiento de niños/as hasta los 6 años con las tareas de Falsa Creencia sobre Contenido (Perner, et al., 1987) y Falsa Creencia sobre Localización de primer orden (Baron-Cohen, et al., 1985), como son los primeros estudios de Premack y Woodruff (1978), que dan lugar al origen del concepto de Teoría de la Mente, explicando los mecanismos por los que los chimpancés entienden los estados mentales del resto, y utilizando las tareas de falsa creencia. Era tal el énfasis que se otorgaba a las tareas mencionadas que se vinculaban estas de manera casi exclusiva con la habilidad de teoría de la mente, y por tanto se estudiaron principalmente en el tramo de 3 a 6 años. Sin embargo, se debe tener en cuenta que esta capacidad de comprender la mente de los demás no se obtiene por completo desde el principio. El individuo va desarrollando la ToM progresivamente a lo largo del ciclo vital, hasta que es capaz de obtener conceptos superiores, entender expresiones de ironía, persuasión o mentira y, además, este proceso no deja de desarrollarse e incluso continúa haciéndolo en la edad adulta y vejez (Happé et al., 1998).

Con el avance de las investigaciones, progresa el conocimiento sobre cómo se desarrolla la ToM, qué componentes la configuran y de qué factores depende su evolución; y diversos autores tienen en cuenta que esta se desarrolla progresivamente, como Hogrefe, et al., (1986) que han demostrado la existencia de un periodo transicional en el desarrollo de la ToM, comprobando que los niños/as alcanzan en primer lugar la comprensión de ignorancia y, en segundo lugar, las falsas creencias (saber lo que la otra persona cree en situación de engaño), o como Brüne y Brüne-Cohrs (2006) que destacan los procesos de aprendizaje por los que los seres humanos pasamos e indican que a medida que el niño/a crece avanzará en el desarrollo de la ToM; así pues, un niño/a con menos de 3-4 años no es capaz de distinguir sus propias creencias de las de otros, ni a los 6-7 años es capaz de comprender y decir metáforas o ironías, y no es hasta los 9-11 años cuando comienzan a darse cuenta de que una persona ha dicho algo inadecuado. Por tanto, según Resches y Pérez Pereira (2004) en un primer momento los niños/as comprenden los juicios acerca del acceso perceptivo, en un segundo momento, son capaces de atribuir estados de conocimiento-creencia y, por último, comprenden la posibilidad de que el contenido del estado mental no represente por completo a su referente o no represente un evento real.

Teniendo en cuenta este progreso, se comienza a estudiar, aunque en menor medida, el desarrollo de la ToM en edades comprendidas entre 6 y 12 años y se concluye que la investigación de la ToM no debe reducirse a lo que evalúan las tareas de creencias falsas, puesto que existen habilidades mentalistas de mayor dificultad que requieren del uso de otras tareas que las evalúen, como las que demandan hacer razonamientos de recursividad múltiple, como la tarea de Falsa Creencia de Localización de segundo orden (Baron-Cohen et al., 1985; adaptada por Núñez, 1993), y/o tareas que demandan razonamientos mentalistas que involucran emociones y estados epistémicos, es decir, comprender cómo estados de conocimiento y emocionales se influyen entre sí, evaluándose esto en tareas como las de Creencia-Emoción Positiva, las de Creencia-Emoción Negativa (Harris, et al., 1989), las de Emoción Fingida (Harris, et al., 1986; Wellman y Liu, 2004) o las de Meteduras de Pata (Baron-Cohen, et al., 1999). Por ello, el presente estudio plantea analizar la ToM en el tramo de 6 a 12 años, que es el que corresponde a la Educación Primaria, teniendo en cuenta las enormes repercusiones que tiene en el éxito académico y social de los escolares.

A partir de la década de 2000, el estudio y desarrollo de tareas para evaluar la atribución de estados emocionales vinculados a estados de conocimiento, se ha ido reforzando gracias a los estudios de neurociencia cognitiva de Dvash y Shamay-Tsoory (2014) que entienden la ToM como un constructo multidimensional con dos variantes (cognitiva y afectiva). La ToM cognitiva se refiere a un proceso que genera la capacidad de atribuir creencias, pensamientos o intenciones a otros y a uno mismo; mientras que la ToM afectiva se refiere a la capacidad de entender los estados emocionales propios y de los demás. Así mismo, en el presente estudio se tiene en cuenta esta diferencia entre estados mentales epistémicos y estados mentales emocionales para profundizar en la ToM y en sus tareas.

En otro orden de cosas, tradicionalmente se ha estudiado la ToM en cuanto a la habilidad para comprender estados mentales, pero no tanto en cuanto a la habilidad para producir cambios en los estados mentales de otros (por ejemplo, la habilidad para engañar o para persuadir). En esta línea, el presente estudio plantea investigar acerca de la habilidad para producir mensajes con el objetivo de generar cambios en los estados mentales, epistémicos y emocionales, del receptor. Pero ¿qué se requiere para producir dichos mensajes? La eficacia de la comunicación depende de ser capaz de tener en cuenta no solo los estados mentales propios, sino, sobre todo, los de los demás, es decir, adaptarse a sus deseos, creencias e intenciones (Mitchell, 1997).

Es por ello que para obtener una comunicación eficaz hace falta presentar ciertas competencias lingüísticas, fundamentales para negociar, intercambiar información, reforzar, persuadir, mentir, negar significados, subrayar y, además, el hablante debe saber pensar, identificar su intención comunicativa y tener en cuenta a quién se dirige para expresar sus sentimientos, emociones, fantasías, ruegos o sugerencias a los demás, utilizando así competencias cognitivas como la Teoría de la Mente (Reyzábal, 2012). Otros autores como Ninio y Snow (1996) ya destacaron que la competencia comunicativa es el resultado de la triple interacción entre el desarrollo lingüístico, cognitivo y social.

Teoría de la Mente, Competencia Lingüística y Mentiras Piadosas

Mentir es la capacidad de decir lo contrario de lo que se piensa, sabe o cree para engañar a alguien. No cabe duda, por tanto, de que para ello es necesario tener la capacidad de comprender los estados mentales propios y entender que pueden ser distintos a los del resto, es decir, sabemos que los demás tienen unas creencias sobre la realidad distintas a las nuestras por lo que, si se miente, se pueden modificar esas creencias, acto consecuente de la ToM (Premack y Woodruff, 1978). Pero, además, mentir requiere emitir un mensaje, aunque este sea falso, y esta capacidad es posible gracias al lenguaje (Hockett y Altman, 1968). En resumidas cuentas, mentir requiere tanto competencia lingüística como comprensión de la mente, tanto de estados mentales epistémicos como emocionales.

Por lo tanto, como indica (Grice, 1957) la mentira es una comunicación intencionada, ya que el individuo es consciente de que transmite información, que infringe la presunción de veracidad para obtener un beneficio. Este beneficio puede poseer fines persuasivos, manipulativos o intimidatorios (Grasser y Keller, 2009) o, por el contrario, fines prosociales (Cassidy Werner, Rourke, Zubernis y Balaraman, 2003).

En relación a los fines prosociales, destacan las Mentiras Piadosas que, como indican Warneken y Orlins (2015), consisten en falsas declaraciones para engañar al oyente, y se distinguen de las mentiras egoístas, en el hecho de que están orientadas hacia otros para mejorar o proteger sus sentimientos (favoreciendo una emoción positiva o evitando una emoción negativa), en lugar de para conseguir un fin egoísta; y es que el éxito de las mentiras piadosas se basa en la habilidad para evaluar el efecto epistémico y emocional producido en el receptor. Es por ello, que en el presente estudio se plantea analizar la influencia de las competencias lingüísticas y mentalitas en la habilidad para decir mentiras piadosas.

Los niños/as socializan desde el inicio de su desarrollo para ser sinceros en la mayoría de los contextos (Sweetser, 1987). Sin embargo, también dicen mentiras cuando apenas tienen unos 3-4 años puesto que ya son capaces de ocultar la verdad para evitar consecuencias negativas para ellos mismos (Talwar y Crossman, 2011), e incluso aprenden a no decir la verdad en situaciones de cortesía, es decir en situaciones en las que ser sincero puede provocar sentimientos hirientes en el destinatario (Sweetser, 1987). Esta manera de mentir (mentiras piadosas) no solamente es una habilidad social apropiada para dar lugar a una buena interacción con el medio, sino que además es una muestra de la comprensión de las reglas que rigen la comunicación, verbal y no verbal, desarrollada por los niños/as a temprana edad (Talwar, Murphy y Lee, 2007).

Por lo tanto, en un primer momento según Grice (1980) cuando los niños/as utilizan mentiras piadosas, violan el principio de ser sinceros para socializar, pero al mismo tiempo, según dicen Lakoff (1973) y Sweetser (1987), cumplen el principio de ser sociables y no perjudicar a los demás. Esto indica que utilizan estrategias contradictorias de comunicación de forma adaptativa en las situaciones de cortesía (Talwar, et al., 2007).

Haciendo referencia al párrafo anterior, ¿qué hacen entonces los niños/as: mentir de manera piadosa o decir la verdad? Según un estudio realizado por Talwar, et al., (2007), la mayoría de los niños a partir de los 7 años, en una situación de cortesía resuelven el problema de manera cortés antes que diciendo la verdad, como se exige en la convención social prescrita para estas situaciones (Sweetser, 1987). Además, las mentiras piadosas cometidas en las situaciones de cortesía son más elaboradas conforme aumenta la edad, puesto que van desarrollando recursos lingüísticos y cognitivos (Talwar,

et al., 2007). En esta línea, el presente estudio pretende analizar a partir de qué edad se produce lo expuesto por Talwar, et al. (2007), además de analizar si la respuesta se hace más sofisticada con la edad o con alguna otra variable (por ejemplo, añadiendo una razón para la mentira o incluso sin mentir, pero diciendo algo que no hiera los sentimientos).

Teoría de la Mente, Competencia Lingüística y Persuasión

Persuadir es la habilidad para conseguir que una persona actúe o piense de un modo determinado, dándole razones y argumentos para ello. Consiste, por tanto, en conseguir cambiar la mente de otra persona, comprendiendo cómo los estados mentales influyen en el comportamiento y utilizando el lenguaje para influir en dichos estados mentales; es decir, la habilidad de persuadir requiere tanto competencias mentalistas como lingüísticas (Slaughter, Peterson y Moore, 2013).

En esta línea, Lakoff (1982) indica que la persuasión es un proceso comunicativo por el que una persona es capaz de influir en las actitudes, creencias o ideas de otra persona. Es evidente por tanto que la habilidad de persuadir requiere comprender cuál es la intención del persuadido y saber qué piensa o cree sobre la situación o acto en el que se encuentra; indudablemente, estas habilidades son propias de la ToM (McAlister y Cornwell, 2009); pero, además, requieren producir un mensaje que genere cambio en la conducta del persuadido, y para ello no cabe duda de que se necesitan una serie de competencias lingüísticas relacionadas con el dominio del lenguaje y con las normas de utilización del mismo (Cantón y Prieto, 2014). En este sentido, en el presente estudio se plantea analizar la influencia de las competencias lingüísticas y mentalistas en la habilidad para persuadir, tanto egoísta como prosocialmente.

Esta habilidad de persuadir, al igual que la habilidad para producir mentiras piadosas, persigue un objetivo, ya sea prosocial o egoísta, por lo que genera diversos desafíos mentalistas (emocionales y epistémicos); de esta manera, la persuasión prosocial se distingue de la egoísta porque la primera se refiere a un comportamiento voluntario para favorecer a otro, mientras que la segunda se refiere a una conducta que se realiza para favorecerse a uno mismo (Bartsch, London y Campbell, 2007). Algunos autores, como To, Yim, Lam y Lao (2016), destacan que ya los bebés emplean la persuasión en forma de llanto; otros, como Warneken y Tomasello (2006), indican que ya existen conductas de prosocialidad en los niños/as de un año; otros, (como Newton, Reddy y Bull, 2000; Reddy, 2007; Wilson, Smith y Ross, 2003) exponen que los niños de dos años ya intentan controlar a través del lenguaje a los miembros de su familia utilizando declaraciones fácticas. No obstante, es interesante tener en cuenta que la habilidad para persuadir evoluciona con los cambios cognitivos y lingüísticos a lo largo de la edad (Dunfield y Kuhlmeier, 2013). El presente estudio plantea analizar las habilidades de producción de la persuasión en los niños/as, ya que son importantes para las experiencias académicas y sociales (Bartsch y London, 2000).

Producción de Mentiras Piadosas y Persuasión Egoísta y Prosocial

A pesar de la existencia de estudios acerca de la producción de las mentiras piadosas, estas han recibido poca atención, utilizándose para su evaluación tres tipos distintos de tareas (objetivas y subjetivas) (Warneken y Orlins, 2015). En primer lugar, la “Tarea de colorete inverso” de Talwar y Lee (2002) que consiste en ver si niños de 3 a 7 años dan el visto bueno a un adulto para sacarse una foto teniendo una marca roja en la frente, refiriéndose a un hecho objetivo; en segundo lugar, la “Tarea de regalo decepcionante” en la que se le da un regalo no deseado a unos niños en lugar del deseado (por lo que se refiere más a un hecho subjetivo) y estos debían no hacer sentir mal a la otra persona (Popliger, Talwar y Crossman, 2011; Xu, Bao, Fu, Talwar y Lee, 2010; Talwar, et al., 2007); y, por último, la “Tarea de calificación de arte” que consiste en calificar el cuadro de un adulto (mal hecho), con o sin este presente, refiriéndose también aun hecho subjetivo (Fu y Lee, 2007).

Por su parte, la producción persuasiva egoísta y prosocial se ha evaluado mediante situaciones de role-play. Para la persuasión egoísta, los evaluados deben indicar qué le dirían a su madre para que les compre algo (Bartsch y London, 2000), o que le dirían al evaluador para poder jugar con su Tablet (To et al., 2016). Y para la persuasión prosocial, los evaluados deben convencer a una marioneta para hacer algo beneficioso para ella misma (Slaughter et al., 2013).

A partir de todo lo comentado anteriormente, puede decirse que las Mentiras Piadosas y la Persuasión son dos de los usos sociales del lenguaje más relevantes para la influencia social, que ya se pueden apreciar desde la infancia. Algunos autores, como Monfort y Juárez (2001), estudian estos usos sociales desde la recepción (comprender las palabras y la intención del otro) y desde la expresión (ser eficaz, pertinente y ajustar el lenguaje al contexto y al interlocutor). Sin embargo, han sido mayormente estudiados desde la comprensión, más que desde la producción. En este sentido, el presente

estudio pretende evaluar dichas habilidades por medio de una propuesta de tareas elaboradas a partir de la batería de Historias Extrañas de Happé (1994) en las que la tarea es superada si el evaluado atribuye al hablante una motivación correcta. Las tareas propuestas se basan en una narración y han sido transformadas de manera que se sitúa al evaluado en la situación del personaje principal (“Es tu cumpleaños...”), se le ofrece la motivación y se le pregunta para que responda en base a una situación y la motivación dada (“¿Qué le dirías para no hacerle sentir mal?”), y se modifican elementos de contenido (“el regalo es un teléfono y no una mascota”).

El presente estudio plantea como primer objetivo analizar la habilidad para decir mentiras piadosas y para persuadir (egoísta y prosocialmente) en el tramo de edad de 6 a 12 años. Se espera la existencia de una relación entre la edad y la habilidad de generar comentarios que no dañen los sentimientos del receptor y la habilidad de persuadir para un beneficio propio o ajeno. Como segundo objetivo se plantea analizar la relación entre competencia lingüística y mentalista y la habilidad para decir mentiras piadosas y persuadir, esperando que niños/as con mayores habilidades lingüísticas y mayores capacidades de teoría de la mente tengan mejores habilidades de producción de mentira piadosa y mejores habilidades de persuasión.

2. Método

2.1. Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 145 niños/as comprendidos entre 6 y 13 años, concretamente el menor de 6.33 años ($M=8.85$ $DT=1.715$), y el mayor de 13.00 años ($M=9.34$; $DT=1.727$). De todos los sujetos encontramos 77 niños y 68 niñas, de primer curso (12 niños y 13 niñas) con una media de edad de 6.8, de segundo curso (10 niños y 10 niñas) con una media de edad de 7.9, de tercer curso (12 niños y 13 niñas) con una media de edad de 8.9, de cuarto curso (13 niños y 13 niñas) con una media de edad de 9.8, de quinto curso (14 niños y 8 niñas) con una media de edad de 10.8 y de sexto curso (16 niños y 11 niñas) con una media de edad de 11.8, todos pertenecientes a centros educativos de Educación Primaria de la provincia de Málaga.

2.2. Instrumentos

1. Batería de tareas de Teoría de la Mente

Se han administrado ocho tareas de ToM para evaluar esta variable.

Falsa Creencia sobre contenido (Leekam y Wimmer, 1987). Esta tarea pretende evaluar la destreza para atribuir una creencia falsa a otro respecto al contenido (inesperado) de un recipiente característico, cuando el niño/a sabe lo que contiene.

Falsa creencia sobre localización de primer orden (Baron-Cohen, et al., 1985). Esta tarea pretende medir la capacidad de atribuir una falsa creencia sobre el lugar donde se encuentra el objeto escondido, a alguien que no ha observado el cambio de localización del objeto.

Tarea de creencia-emoción positiva (Harris et al., 1989). Esta tarea pretende evaluar la competencia de atribuir un sentimiento positivo a partir de una creencia equivocada.

Tarea de creencia- emoción negativa (Harris, et al., 1989). Esta tarea pretende evaluar la competencia de atribuir un sentimiento negativo a partir de una creencia equivocada.

Tarea de emoción fingida (Harris et al., 1989; Wellman y Liu, 2004). Esta tarea evalúa la destreza de entender que una persona puede sentir una emoción, pero aparentar otra.

Falsa creencia de localización de segundo orden (Baron-Cohen et al., 1985). Esta tarea pretende evaluar la habilidad para atribuir a otro una creencia falsa sobre el conocimiento que tiene un tercero en relación a la localización de un objeto.

Faux Pas o Méteduras de Pata (Baron-Cohen et al., 1999). Esta tarea consiste en probar la habilidad para entender que alguien puede decir algo que produzca en otro una emoción negativa al desconocer cierta información relativa.

Como puntuaciones totales en todas las tareas se obtiene una puntuación total de la ToM (0 a 32 puntos), una puntuación de ToM cognitiva que corresponde a las tareas de Falsa Creencia sobre Contenido, sobre Localización de primer orden, de Localización de segundo orden y preguntas de Faux

Pas de contenidos cognitivos (0 a 15 puntos) y ToM afectiva que corresponde a las tareas de Creencia-Emoción Positiva/ Negativa, Emoción fingida y Faux Pas de contenidos afectivos (0 a 17 puntos).

2. Test de Vocabulario en Imágenes Peabody III

Para la evaluación de la competencia lingüística, se ha administrado el Test de Vocabulario en Imágenes Peabody III (PPVT-III; Dunn, Dunn y Arribas, 2006). Este test consiste en láminas con cuatro dibujos en las que el sujeto debe seleccionar que imagen representa el significado de una palabra dicha por el evaluador. La adaptación española consta de 192 elementos y se obtiene como puntuación la Edad lingüística equivalente de comprensión léxica y el CI verbal.

3. Tarea de Producción de Mentiras Piadosas

La medición de Mentiras Piadosas se ha realizado por medio de la tarea de producción, la cual evalúa la habilidad para producir una mentira piadosa. Esta tarea se ha codificado mediante un sistema de doble codificación, que se puede ver en la Tabla 2.

Tabla 2
Sistemas de codificación de respuestas en tarea de Producción de Mentira Piadosa

Categorías de respuesta en situación de regalo no deseado	Categorías dicotómicas
0. Dice la verdad	0. Dice la verdad o fórmula de cortesía
1. Fórmula de Cortesía	
2. Mentira Piadosa	1. Mentira Piadosa o no daña el sentimiento del receptor
3. Mentira Piadosa razonada	
4. No dañar sin mentir	

4. Producción de Persuasión

La producción de persuasión se ha evaluado a partir de dos tareas de persuasión, de las cuales una mide Persuasión Egoísta y la otra Persuasión Prosocial (Anexo 4).

Tarea de Persuasión Egoísta. Evalúa la habilidad de elaborar argumentos persuasivos para conseguir un beneficio propio mediante la lectura de una historia y una serie de preguntas que el evaluado debe responder. Esta tarea se ha codificado de manera que se tienen en cuenta tres indicadores de la habilidad de persuasión, variedad, calidad y valencia.

Tarea de Persuasión Prosocial. Evalúa la habilidad de elaborar argumentos persuasivos para que el persuadido consiga un beneficio mediante la lectura de una historia y una serie de preguntas que el evaluado debe responder. Esta tarea se ha codificado de manera que se destacan tres indicadores de esta habilidad, variedad, calidad y valencia.

2.3. Procedimiento

El presente estudio se llevó a cabo en diversos centros escolares de la provincia de Málaga. Una vez contactado con los centros, explicado el objetivo de la investigación y obtenido el consentimiento de la familia para la realización del estudio, se organizaron los cursos y se comenzó la administración de los test en dos sesiones distintas. La primera sesión, consistió en la administración de las tareas de ToM, empleando para ello unos 30 minutos por alumno/a. Mientras que, en la segunda sesión, se pasó el test Peabody III, la tarea de Producción de Mentira piadosa y las tareas de Producción de persuasión, utilizando para ello 40 minutos por alumno/a.

3. Resultados

Este apartado expone en primer lugar los resultados sobre la evolución de la habilidad para decir mentiras piadosas y para persuadir, egoísta y prosocialmente, en el tramo de edad de Educación Primaria, y en segundo lugar, los resultados sobre la relación entre competencia lingüística, teoría de la mente y la habilidad para producir mentiras piadosas y para persuadir de manera egoísta y prosocial.

3.1. Evolución de la habilidad para decir mentiras piadosas y para persuadir en el tramo de 6 a 12 años

Para responder al primer objetivo del estudio se han realizado pruebas chi cuadrado para comprobar la relación entre la edad y la habilidad de producción de mentiras piadosas y la habilidad de persuasión, tanto egoísta como prosocial.

3.1.1. Evolución de las Mentiras Piadosas en el tramo de 6 a 12 años

Respecto a la relación entre Mentiras Piadosas y edad, los resultados muestran diferencias significativas en la distribución de frecuencias en las distintas categorías de respuestas en la tarea de Mentira Piadosa según la edad ($\chi^2_{(20)} = 65.75, p = .000$), pudiéndose observar que, de los 25 niños/as de 6-7 años, 9 dicen la verdad, mientras que de los 20 niños/as de 7-8 años, solo uno dice la verdad, y 19 utilizan mentiras piadosas como respuesta.

Tabla 3

Distribución de frecuencias de respuesta de la categoría de Mentiras Piadosas según la edad

Producción de Mentiras Piadosas	Edad						Total N
	6-7 N	7-8 N	8-9 N	9-10 N	10-11 N	11-12 N	
Dice la verdad	9	1	4	7	0	5	26
Cortesía	3	0	1	0	0	3	7
Mentira piadosa	7	19	8	10	22	9	75
Mentira piadosa razonada	3	0	7	6	0	8	24
No daña sin mentir	3	0	5	3	0	1	12
Total	25	20	25	26	22	26	144

Además, se puede observar que a partir de los 8 años se acumula la frecuencia de respuestas en la categoría de “Mentira Piadosa” o “Mentira Piadosa razonada” (Tabla 3).

3.1.2. Evolución de la Persuasión Egoísta y Prosocial en el tramo de 6 a 12 años

Para comprobar la relación entre Persuasión, Egoísta y Prosocial, y edad se realizan análisis chi-cuadrado para cada uno de los indicadores de habilidad persuasiva: variedad, calidad y valencia de los argumentos.

Variedad de argumentos persuasivos

Para la Persuasión Egoísta se encuentran resultados significativos ($\chi^2_{(15)} = 75.73, p = .000$) respecto a la relación entre variedad de argumentos persuasivos y edad, encontrándose que hasta los 7-8 años la mayoría de los niños/as no dicen argumentos persuasivos o únicamente dicen uno, sin embargo, a partir de los 8-9 años la frecuencia con la que dicen más de un argumento persuasivo distinto aumenta (Tabla 4). Esto mismo ocurre para la Persuasión Prosocial (Tabla 5), siendo en este caso también significativa ($\chi^2_{(25)} = 59.58, p = .000$).

Tabla 4

Frecuencias de participantes de cada edad en cada categoría de variedad de argumentos en persuasión egoísta

Edad	Variedad de argumentos en persuasión egoísta				Total N
	Ningún argumento N	Un argumento N	Dos argumentos diferentes N	Tres o más argumentos diferentes N	
6-7	0	16	8	1	25
7-8	11	5	4	0	20
8-9	0	15	6	4	25
9-10	0	10	14	2	26
10-11	6	15	1	0	22
11-12	0	17	9	0	26
Total	17	78	42	7	144

Tabla 5
Frecuencias de participantes de cada edad en cada categoría de variedad de argumentos en persuasión prosocial

Edad	Variedad de argumentos en persuasión prosocial				Total N
	Ningún argumento N	Un argumento N	Dos argumentos diferentes N	Tres o más argumentos diferentes N	
6-7	0	10	12	2	24
7-8	1	18	1	0	20
8-9	0	9	12	3	24
9-10	1	3	15	7	26
10-11	2	14	6	0	22
11-12	0	6	15	0	26
Total	4	60	61	17	142

Calidad de argumentos persuasivos

Para continuar, se realiza una prueba chi-cuadrado entre calidad de argumentos en persuasión egoísta y edad, y se obtienen resultados significativos ($\chi^2_{(15)} = 120.85, p = .000$) para la distribución de frecuencias según la edad de argumentos codificados según sean de tipo físico-material o mentalista. Se observa (Tabla 6) que aquellos niños/as que tienen más de 8 años suelen proporcionar más argumentos mentalistas que físico-materiales.

Tabla 6
Frecuencias de participantes de cada edad en cada categoría de calidad de argumentos en persuasión egoísta, según sea de tipo físico-material o mentalista

Edad	Calidad de argumentos en persuasión egoísta				Total N
	No persuasión N	Fórmulas de cortesía N	Físico-Material N	Mentalista N	
6-7	0	12	5	8	25
7-8	17	0	3	0	20
8-9	0	8	9	8	25
9-10	0	8	8	10	26
10-11	18	0	4	0	22
11-12	0	11	6	9	26
Total	35	39	35	36	144

Además, se encuentran resultados significativos ($\chi^2_{(15)} = 120.62, p = .000$) para la distribución de frecuencias según la edad de argumentos codificados según sean de tipo autocentrado o descentrado. Se observa también (Tabla 7) que los niños/as mayores de 8 años proporcionan mayor cantidad de argumentos descentrados.

Tabla 7
Frecuencias de participantes de cada edad en cada categoría de calidad de argumentos en persuasión egoísta, según sea de tipo autodescentrado o descentrado

Edad	Calidad de argumentos en persuasión egoísta				Total N
	No persuasión N	Fórmulas de cortesía N	Autodescentrados N	Descentrados N	
6-7	0	12	4	9	25
7-8	17	0	3	0	20
8-9	0	8	5	12	25
9-10	0	8	4	14	26
10-11	16	0	6	0	22
11-12	0	11	4	11	26
Total	33	39	26	46	144

Por otro lado, también se encuentran resultados significativos en la relación entre calidad de argumentos en persuasión prosocial y edad ($\chi^2_{(15)} = 35.57, p = .002$), encontrándose que con 6 años los niños/as realizan tanto argumentos de tipo físico-material como mental. Sin embargo, en el resto de las edades suelen persuadir más de manera física o material que mentalista (Tabla 8).

Tabla 8

Frecuencias de participantes de cada edad en cada categoría de calidad de argumentos en persuasión prosocial, según sea de tipo físico-material o mentalista

Edad	Calidad de argumentos en persuasión prosocial				Total N
	No persuasión N	Fórmulas de cortesía N	Físico- Material N	Mentalista N	
6-7	0	3	10	12	25
7-8	0	1	18	1	20
8-9	0	0	16	9	25
9-10	1	0	17	8	26
10-11	0	2	18	2	22
11-12	0	0	24	2	26
Total	1	6	103	34	144

Valencia de argumentos persuasivos

En relación a la categoría de la valencia de los argumentos en persuasión egoísta y su relación con la edad, los resultados no han sido significativos ($\chi^2_{(10)} = 11.32, p = .333$). De la misma manera, tampoco lo han sido para la relación entre la categoría de valencia de argumentos en persuasión prosocial y edad ($\chi^2_{(28)} = 28.39, p = .444$), observándose que en todas las edades las frecuencias de las puntuaciones se distribuyen en las tres categorías (neutra, positiva, negativa).

Tabla 9

Frecuencias de participantes de cada edad en cada categoría de valencia de argumentos en persuasión egoísta y prosocial

Edad	Valencia de argumentos en persuasión							
	Egoísta				Prosocial			
	Neutra N	Positiva N	Negativa N	Total N	Neutra N	Positiva N	Negativa N	Total N
6-7	11	6	8	25	0	21	4	25
7-8	11	4	5	20	1	18	1	20
8-9	6	11	8	25	0	22	3	25
9-10	8	8	10	26	0	19	5	24
10-11	6	7	9	22	2	16	4	22
11-12	12	10	4	26	0	22	4	26
Total	54	46	42	144	3	118	21	142

3.2. Relación de la Competencia Lingüística y de la Teoría de la Mente con la habilidad de producción de Mentira Piadosa y de Persuasión

Para responder al segundo objetivo (analizar la relación entre competencia lingüística y mentalista y la habilidad para decir mentiras piadosas y para persuadir), se analizó en primer lugar, la relación entre Competencia Lingüística, Teoría de la Mente y producción de Mentiras Piadosas y, en segundo lugar, la relación entre Competencia Lingüística, Teoría de la Mente y producción de Persuasión Egoísta y Prosocial.

3.2.1. Relación de la Competencia Lingüística y ToM con Producción de Mentira Piadosa

Se presentan a continuación, en primer lugar, los resultados de la relación de Competencia Lingüística y Producción de Mentiras Piadosas y, en segundo lugar, los resultados de la relación de Teoría de la Mente y Producción de Mentiras Piadosas.

Competencia lingüística

Para comprobar la relación entre la Producción de Mentira Piadosa y la Competencia Lingüística, se aplican correlaciones de Spearman entre la producción de mentiras piadosas y las variables de Edad lingüística equivalente y CI verbal (Tabla 10). Se encuentran correlaciones positivas entre Edad lingüística equivalente y Producción de Mentiras Piadosas ($p = .030$).

Tabla 10

Rho Spearman. Comparación múltiple de Edad lingüística equivalente y CI verbal con tarea de Producción de Mentira Piadosa

	CI verbal	Edad lingüística equivalente
Producción de Mentiras Piadosas	-.015	.180*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Teoría de la Mente

Para estimar la relación entre la habilidad para decir Mentiras Piadosas y la Teoría de la Mente se comenzó tomando la codificación dicotómica de Producción de Mentira Piadosa y aplicando la prueba T de Student para comprobar si hay diferencias de medias en las puntuaciones totales de ToM, de ToM cognitiva y de ToM afectiva entre quienes dan una respuesta encaminada a no herir los sentimientos del receptor y quienes no lo hacen (Tabla 11).

Tabla 11

Diferencia de las medias entre Mentira Piadosa (categorías dicotómicas) y ToM Cognitiva, ToM Afectiva y ToM Total

	Mentira Piadosa (categorías dicotómicas)	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
ToM Cognitiva	Verdad o Cortesía	33	8.09	2.067	.360
	Mentir o no dañar	110	9.28	3.110	.297
ToM Afectiva	Verdad o Cortesía	33	12.09	3.205	.558
	Mentir o no dañar	110	14.19	4.792	.457
ToM Total	Verdad o Cortesía	33	18.70	4.792	.834
	Mentir o no dañar	110	22.49	8.066	.769

Los resultados revelan diferencias significativas, entre los dos grupos de niños/as en la puntuación media de ToM total ($T_{(90,3)} = -3.44$, $p = .001$), de ToM cognitiva ($T_{(79,5)} = -2.55$, $p = .013$), y de ToM afectiva ($T_{(78,9)} = -2.91$, $p = .005$). En los tres casos las medias superiores son las de los niños/as que dan una respuesta en la categoría de "Mentir o no dañar".

Para profundizar en la relación entre Teoría de la Mente y las categorías más específicas de respuestas en la habilidad para decir Mentiras Piadosas, se tomó la codificación de las categorías de respuestas más específicas y se aplicaron análisis de varianza (ANOVA) para la relación de las puntuaciones obtenidas en ToM total, ToM cognitiva y ToM afectiva y las puntuaciones en la tarea de Producción de Mentira Piadosa. Se ha obtenido que los resultados son significativos para ToM total ($F_{(4)} = 3.092$, $p = .018$), y que también los son para ToM Afectiva ($F_{(4)} = 3.087$, $p = .018$) y que, sin embargo, no lo son para ToM cognitiva ($F_{(4)} = 6.185$, $p = .176$).

Tabla 12

Comparación de medias de Mentira Piadosa (categorías de respuesta) en relación con ToM total, ToM cognitiva y ToM afectiva

		N	Media	Desv. Desviación
ToM Cognitiva	Dice la verdad	26	8.120	2.269
	Cortesía	7	8.000	1.155
	Mentira piadosa	75	10.09	3.293
	Mentira Piadosa razonada	24	7.460	1.744
	No daña sin mentir	11	7.730	1.618
	Total	143	9.010	2.940
ToM Afectiva	Dice la verdad	26	12.27	3.459
	Cortesía	7	11.43	2.070
	Mentira piadosa	75	15.36	5.148
	Mentira Piadosa razonada	24	11.33	2.665
	No daña sin mentir	11	12.45	2.162
	Total	143	13.71	4.553
ToM Total	Dice la verdad	26	18.88	5.339
	Cortesía	7	18.00	1.732
	Mentira piadosa	75	24.75	8.646
	Mentira Piadosa razonada	24	17.42	3.463
	No daña sin mentir	11	18.18	2.822
	Total	143	21.62	7.595

Además, se puede observar en la Tabla 12 que para la ToM total, ToM Afectiva y ToM Cognitiva, la media más alta corresponde a la de los participantes que puntúan en la categoría “Mentira Piadosa”.

Buscando detallar aún más la relación entre Teoría de la Mente y la habilidad para decir Mentiras Piadosas, se tomó la codificación de categorías de respuesta de Mentira Piadosa y se aplicaron análisis de varianza (ANOVA) con cada una de las tareas específicas de Teoría de la Mente. De este modo, se analizaría qué componentes concretos de la comprensión de la mente están relacionados con la habilidad de producción de mentiras piadosas.

Los resultados indican que, de todas las tareas de Teoría de la Mente, las puntuaciones en dos de ellas muestran relación con la categoría de respuesta de Mentira Piadosa: las de Creencia Emoción Positiva ($F_{(4)} = 4.09, p = .004$), y Creencia Emoción Negativa ($F_{(4)} = 4.746, p = .001$). Resalta, como se observa en la Tabla 13, que en la primera tarea la media es mayor en la categoría “Dice la verdad” y en la segunda tarea las medias superiores son iguales en las categorías de “Dice la verdad” y “Mentira Piadosa razonada”.

Tabla 13

Comparación de medias de Mentira piadosa (categorías de respuesta) en relación con las tareas de la ToM de Creencia Emoción Positiva y Creencia Emoción Negativa

		N	Media	Desv. Desviación
Creencia Emoción Positiva	Dice la verdad	26	2.23	.992
	Cortesía	7	1.57	.976
	Mentira piadosa	75	1.44	.889
	Mentira piadosa razonada	24	1.42	.830
	No daña sin mentir	12	1.83	1.03
	Total	144	1.62	.953
Creencia Emoción Negativa	Dice la verdad	26	1.46	.859
	Cortesía	7	1.29	.756
	Mentira piadosa	75	.92	.564
	Mentira piadosa razonada	24	1.46	.833
	No daña sin mentir	12	1.33	.778
	Total	144	1.16	.735

Más concretamente, los análisis post hoc, con el estadístico Games-Howell, indican que hay diferencias significativas entre las diferencias de las medias de la tarea de Creencia Emoción Positiva y las categorías de “Dice la verdad” y “Mentira Piadosa” ($p = .007$) y “Dice la verdad” y “Mentira Piadosa razonada” ($p = .022$) y entre las diferencias de las medias de tarea Creencia Emoción Negativa y las categorías de “Dice la verdad” y “Mentira Piadosa” ($p = .039$) y “Mentira Piadosa” y “Mentira Piadosa razonada” ($p = .044$).

Además, los análisis post hoc con el estadístico Games-Howell revelaron que algunas medidas de la tarea de Meteduras de Pata también se relacionan con las categorías de respuesta de Mentira Piadosa. Concretamente, se encontraron deferencias de medias entre la atribución de Emoción al Hablante y las categorías de “Mentira Piadosa” y “Mentira Piadosa razonada” ($p = .030$), entre la atribución de Intención al Hablante y las categorías “Mentira Piadosa” y “No daña sin mentir” ($p = .032$), además de las categorías “Cortesía” y “Mentira Piadosa” ($p = .000$); y, por último, entre atribución de Ignorancia al Hablante y las categorías “Cortesía” y “Mentira Piadosa” ($p = .007$).

3.2.2. Relación de Competencia Lingüística y ToM con Producción de Persuasión Egoísta y Prosocial

Para continuar comprobando el segundo objetivo se realizaron correlaciones de Spearman entre Persuasión Egoísta y Persuasión Prosocial y Edad lingüística equivalente, CI verbal, ToM total, ToM Cognitiva, ToM Afectiva y las diversas tareas de la ToM.

Competencia lingüística

Para comprobar la relación entre la habilidad para persuadir, egoísta y prosocialmente, y la Competencia lingüística, se aplican correlaciones de Spearman entre las puntuaciones totales de producción de persuasión, egoísta y prosocial, y las variables de Edad lingüística equivalente y CI verbal (Tabla 14). Se encuentran correlaciones positivas entre Edad lingüística equivalente y las puntuaciones totales de Persuasión (Egoísta, $p = .000$ y Prosocial, $p = .005$) y también entre CI verbal y Persuasión Egoísta ($p = .007$) y Persuasión Prosocial ($p = .020$).

Tabla 14

Rho Spearman. Comparación múltiple de edad lingüística equivalente y CI verbal con puntuaciones totales de Persuasión Egoísta y Prosocial

	Edad lingüística equivalente	CI verbal
Producción Persuasión Prosocial	.231**	.193*
Producción Persuasión Egoísta	.293**	.225**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Teoría de la Mente

En cuanto a las correlaciones de Spearman entre las puntuaciones de ToM Total, ToM Cognitiva y ToM afectiva y las puntuaciones totales de Persuasión Egoísta y Prosocial, y se obtuvieron correlaciones positivas entre ToM Afectiva y ambos tipos de persuasión (Egoísta, $p = .024$ y Prosocial $p = .012$). Además, se obtienen correlaciones que no son significativas, pero tienden a ello entre Persuasión Egoísta y ToM total ($p = .059$) y entre Persuasión Prosocial y ToM total ($p = .072$), estos resultados pueden observarse en la Tabla 15.

Tabla 15

Rho Spearman. Comparación múltiple de ToM total, ToM Cognitiva y ToM Afectiva con puntuaciones totales Persuasión Egoísta y Prosocial

	ToM Cognitiva	ToM Afectiva	ToM Total
Producción Persuasión Prosocial	.031	.209*	.151*
Producción Persuasión Egoísta	.080	.189*	.158*

* $p < .05$, ** $p < .01$, + tendencia a la significación

Buscando detallar aún más la relación entre Teoría de la Mente y la habilidad para persuadir egoísta y prosocialmente, se aplicaron correlaciones de Spearman con cada una de las tareas específicas de Teoría de la Mente. De este modo, se analizaría qué componentes concretos de la comprensión de la mente están relacionados con la habilidad para persuadir.

Los resultados indican que, para Persuasión Egoísta, de todas las tareas de Teoría de la Mente, las puntuaciones en tres de ellas muestran correlaciones positivas: la de Creencia-Emoción Positiva ($p = .009$), la de Creencia Emoción Negativa ($p = .000$), la de Emoción Fingida ($p = .004$) y, en una de ellas,

correlaciones negativas: la de atribución de Emoción al Hablante en Metedura de Pata ($p = .040$). Por su parte, para Persuasión Prosocial los resultados se muestran significativos para la tarea de Creencia Emoción Negativa ($p = .006$), de Emoción Fingida ($p = .032$) y la atribución de Emoción al Hablante en Metedura de Pata ($p = .045$), véase en la Tabla 16.

Tabla 16

Rho Spearman. Comparación múltiple de tarea de Creencia Emoción Positiva, Creencia Emoción Negativa, Emoción fingida y Metedura de Pata (Emoción del hablante) con Persuasión Egoísta y Prosocial

	Creencia Emoción Positiva	Creencia Emoción Negativa	Emoción Fingida	Metedura de Pata Emoción del Hablante
Producción Persuasión Egoísta	.218**	.291**	.237**	-.172*
Producción Persuasión Prosocial	.128	.226**	.175*	.168*

* $p < .05$, ** $p < .01$

4. Discusión

Este estudio pretende analizar la relación entre Teoría de la Mente, Competencia lingüística y la habilidad para decir mentiras piadosas y para persuadir, egoísta y prosocialmente, en niños de 6 a 12 años. Para ello, se propusieron dos objetivos; analizar la habilidad para decir mentiras piadosas y persuadir (egoísta y prosocialmente) en el tramo de edad de Educación Primaria y analizar la relación entre competencia lingüística y mentalista y la habilidad para producir mentiras piadosas y para persuadir de manera egoísta y prosocial.

En relación con la edad y la Producción de Mentiras Piadosas y la Persuasión, se observa un punto de inflexión evolutivo entorno a los 8 años, de manera que, a partir de esta edad, la habilidad de producción de mentiras piadosas y de persuasión aumenta, pero no de manera progresiva. Los resultados del segundo objetivo indican que los niños/as con mayores habilidades lingüísticas y mayores capacidades de teoría de la mente, tienen mejores habilidades de producción de mentira piadosa y mejores habilidades de persuasión. Al Considerar los dos grupos de resultados en conjunto todo parece indicar que a partir de los 8 años las diferencias interindividuales en la habilidad para decir mentiras piadosas y para persuadir no dependen tanto de la edad como de las habilidades mentalistas y de las habilidades lingüísticas sobre todo para el caso de la persuasión.

Evolución de la habilidad para decir mentiras piadosas y para persuadir en el tramo de 6 a 12 años

En cuanto a la relación entre Mentira Piadosa y edad, los resultados muestran que hasta los 6 años todavía no todos los niños/as dicen mentiras piadosas en una situación en la que lo socialmente aceptado es no herir los sentimientos de otros, puesto que tienden a decir la verdad. Sin embargo, a los 7 años se aprecia un salto cualitativo, de manera que los niños/as responden diciendo mentiras piadosas y no utilizan tanto la verdad, y se observa que a partir de los 8 años aumenta la frecuencia con la que algunos niños/as añaden una razón a la mentira piadosa o resuelven la situación sin mentir, pero buscando no dañar los sentimientos. De esta manera se aprecia que de los 8 años en adelante parece que no hay diferencias en la habilidad para producir mentiras piadosas ya que parece no depender de la edad, sino de otras competencias. Estos resultados apoyan lo que Talwar et al. (2007) ya encontraron en sus estudios, puesto que, según estos autores es a partir de los 7 años cuando los niños/as resuelven de manera cortés este tipo de situaciones evitando decir la verdad.

En cuanto a la Persuasión y la relación con la edad, se distinguen los resultados según los tres indicadores de habilidad persuasiva: variedad, calidad y valencia de los argumentos. Se encuentra que, tanto para la persuasión egoísta como para la persuasión prosocial, la frecuencia con la que se dice más de un argumento persuasivo aumenta a partir de los 8-9 años pero no de manera gradual; esto puede significar que después de los 8 años producir más de un argumento persuasivo no mantiene únicamente relación con la edad, sino que intervienen más variables; autores como Dunfield y Kuhlmeier (2013) ya demostraron que la habilidad para persuadir evoluciona por los cambios lingüísticos y cognitivos a lo largo de la edad. Por otro lado, autores como Warneken y Tomasello (2006), indican que ya existen conductas de prosocialidad en los niños/as de un año. En consonancia con este autor, y en relación con la persuasión prosocial, los resultados de este estudio afirman que, ya a los 6 años, los niños/as producen argumentos persuasivos, y además estos suelen ser de tipo físico-material, y siguen utilizando este tipo de argumento en edades posteriores. Por su parte, en relación con la persuasión egoísta, no es hasta los 8 años cuando los niños/as realizan más argumentos persuasivos, y estos

además suelen ser de tipo mentalista y descentrado y no de tipo físico-material y autodescentrado. Por otra parte, haciendo referencia a la valencia, los resultados no muestran relaciones significativas, lo que indica que persuadir de manera positiva o negativa no depende de la edad.

En general, la relación entre edad y Producción de Mentiras Piadosas, al igual que para edad y Persuasión Egoísta y Prosocial, revela que existe un punto de inflexión común situado en torno a los 8 años, de manera que a partir de esa edad las diferencias interindividuales no parecen estar asociadas a la edad. Cabe preguntarse, ¿dependerán de la competencia lingüística y mentalista, que introducen diferencias entre unos niños y otros dentro de la misma edad?

Relación de la Competencia Lingüística y de la Teoría de la Mente con la habilidad de producción de Mentiras Piadosas y de Persuasión

Para relacionar la Competencia Lingüística y la habilidad de producción de Mentiras Piadosas y de Persuasión, se emplean medidas de edad lingüística equivalente y CI verbal, y se encuentra que tener mayor edad lingüística equivalente está asociado a mayores habilidades para producir mentiras piadosas, de manera que se confirma la necesidad de tener mayor competencia lingüística para producir mentiras piadosas (Reyzábal, 2012). Además, se encuentra que, a mayor edad lingüística equivalente y CI verbal existen mayores habilidades para persuadir de manera egoísta y prosocial, por lo que también se demuestra que, como decía Reyzábal (2012), es necesario tener ciertas competencias lingüísticas para negociar, intercambiar información, reforzar, persuadir, mentir, negar significados o subrayar.

Por otro lado, tal y como se esperaba, se obtiene que, en relación con la Teoría de la Mente y Producción de Mentiras Piadosas, de manera general, los niños/as que presentan mayor ToM Cognitiva, ToM Afectiva y ToM Total dan una respuesta encaminada a no herir los sentimientos del receptor, mientras que aquellos que presentan menor ToM (Cognitiva, Afectiva y Total) suelen decir la verdad o utilizar una fórmula de cortesía. Por otro lado, de manera más específica, se encuentra que los niños/as que presentan mayor ToM total, ToM Cognitiva y ToM afectiva tienden a decir una mentira piadosa en lugar de decir la verdad, utilizar fórmulas de cortesía, razonar las mentiras piadosas o incluso, decir una verdad sin herir los sentimientos de los demás. Buscando profundizar más acerca de la relación entre mentiras piadosas y teoría de la mente, se destacan las tareas de Creencia Emoción Positiva y Creencia Emoción Negativa, donde se observa que aquellos niños/as que tienen mayor habilidad para comprender las emociones del otro, presenta mayor habilidad para decir mentiras piadosas. También se destacan las tareas de atribución de emoción, intención e ignorancia al hablante en Metedura de Pata, donde se demuestra que los niños/as que puntúan más alto en estas tareas cognitivas y afectivas presentan mayor habilidad para comprender las emociones del otro a la hora de decir una mentira piadosa. Todo lo comentado anteriormente apoya a Warneken y Orlins (2015), que defienden que el éxito de las mentiras piadosas se basa en la habilidad para evaluar el efecto epistémico y emocional producido en el receptor.

Respecto a la relación de Teoría de la Mente y Persuasión Egoísta y Prosocial se encuentra que existe relación positiva entre teoría de la mente afectiva y ambos tipos de persuasión, es decir, se obtiene que, a mayor teoría de la mente afectiva, mayor habilidad de persuasión egoísta y prosocial: y que, aunque la relación entre la puntuación total de teoría de la mente y las de persuasión egoísta y prosocial no sea significativa, tiende a ello. Son por tanto estos resultados indicativos de que, como ya decían McAlister y Cornwell (2009), la habilidad de persuadir requiere comprender cuál es la intención del persuadido y saber qué piensa o cree sobre la situación o acto en el que se encuentra. De manera más específica, se encuentran correlaciones positivas entre las tareas de Creencia Emoción Positiva, Creencia Emoción Negativa, Emoción Fingida y atribución de emoción al hablante en Metedura de Pata y Persuasión Egoísta, lo que indica que aquellos niños/as que presentan mayor habilidad para comprender las emociones del otro, presentan mayor habilidad para persuadir de manera egoísta. Además, se encuentran relaciones positivas entre Persuasión Prosocial y las tareas de Creencia Emoción Negativa y atribución de emoción al hablante en Metedura de Pata. Esto indica que, como aseguran Bartsch et al., (2007), tanto la persuasión egoísta como la prosocial generan desafíos mentalistas (emocionales y epistémicos) diversos.

En resumen, la relación entre Teoría de la Mente y producción de Mentiras Piadosas y de Persuasión (Egoísta y Prosocial) indica que el tener mayores habilidades de producción de mentira piadosa y persuasión requiere tener mayor teoría de la mente; además, se destaca que de todas las tareas de teoría de la mente evaluadas son aquellas que atribuyen estados emocionales (más que de conocimiento) las que más se relacionan con la habilidad para producir mentiras piadosas y la habilidad para persuadir egoísta y prosocialmente.

Entre las limitaciones del estudio cabe destacar que se ha relacionado la teoría de la mente con las puntuaciones totales de persuasión egoísta y prosocial y no detallando con cada uno de los tres indicadores de habilidad de persuasión egoísta y prosocial, lo que podría ser objeto de una futura investigación. Además, sería interesante para una futura investigación relacionar la habilidad para producir mentiras piadosas con la habilidad para persuadir, egoísta y prosocialmente, para comprobar si realmente aquellos niños que presentan mayores habilidades de producción de mentira piadosa también presentan mayores habilidades de persuasión, y en concreto con qué tipo de persuasión, puesto que quizás la mentira piadosa y la persuasión en beneficio del persuadido tienen en común la prosocialidad.

Como conclusión, se evidencia la relación entre competencia lingüística, teoría de la mente y la habilidad para producir mentiras piadosas y para persuadir, egoísta y prosocialmente, en niños de 6 a 12 años, destacando que los resultados son interesantes en cuanto a que estos usos del lenguaje (mentira piadosa y persuasión) en estas edades son muy relevantes para el éxito académico y social.

5. Referencias bibliográficas

- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M. y Frith, U. (1985). Does the autistic child have theory of mind? *Cognition*, 21, 37-46.
- Baron-Cohen, S., O'riordan, M., Stone, V., Jones, R. y Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 29(5), 407-418.
- Bartsch, K. y London, K. (2000). Children's use of mental state information in persuasion. *Developmental Psychology*, 36 (3), 352-365
- Bartsch, K., London, K. y Campbell, M.D. (2007). Children's attention to beliefs in interactive persuasion tasks. *Developmental Psychology*, 43, 111-120.
- Brüne, M. y Brüne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30(4), 437-455.
- Camaioni, L. y Ercolani, A. (1988). The role of comparison activity in the development of referential communication. *Internal Journal of Behavioral Development*, 11, 403-413.
- Cantón, I. y Prieto, L.A. (2014). Competencias básicas: el caso de la comunicación lingüística en alumnos de 4º de Primaria de la provincia de León. *Educación Siglo XXI*, 32(3), 121-144.
- Carpendale, J. y Lewis, C. (2006). *How children develop social understanding (Understanding children's worlds)*. London: Blackwell.
- Cassidy, K., Werner, R., Rourke, M., Zubernis, L. y Balaraman, G. (2003). The relationship between psychological understanding and positive social behaviors. *Social Development*, 12(2), 198-221.
- Dunfield, K. A. y Kuhlmeier, V. A. (2013). Classifying prosocial behavior: Children's responses to instrumental need, emotional distress, and material desire. *Child Development*, 84(5), 1766-1776.
- Dunn, L. M., Dunn, L. M. y Arribas, D. (2006). *Peabody-III, test de vocabulario en imágenes*. Madrid: TEA ediciones.
- Dvash, J. y Shamay-Tsoory, S. G. (2014). Theory of mind and empathy as multidimensional constructs: Neurological foundations. *Topics in Language Disorders*, 34(4), 282-295.
- Flavell, J. H., Botkin, P., Fry, C., Wright, J. y Jarvis, P. (1968). *The development of role-taking and communication skills in children*. New York: Wiley.
- Fu, G. y Lee, K. (2007). Social grooming in kindergarten: The emergence of flattery behavior. *Developmental Science*, 10, 255-265.
- Grasser, L. y Keller, M. (2009). Are the competent the morally good? Perspective taking and moral motivation of children involved in bullying. *Social Development*, 18, 798-816
- Grice, H. P. (1957). "Meaning". *Philosophical Review*, 66, 377-388.
- Grice, H. P. (1980) *Studies in the way of words*. Harvard University Press: Cambridge, MA.
- Happé, F. G. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of autism and Developmental disorders*, 24(2), 129-154.
- Happé, F.G., Winner, E. y Brownell, H. (1998). The getting of wisdom: Theory of mind in old age. *Developmental Psychology*, 34, 358-362.
- Harris, P. L., Johnson, C. N., Hutton, D., Andrews, G. y Cooke, T. (1989). Young children's theory of mind and emotion. *Cognition and Emotion*, 3(4), 379-400.
- Harris, P.L., Donnelly, K., Guz, G.R. y Pitt-Watson, R. (1989). Children's understanding of the distinction between real and apparent emotion. *Child Development* 57, 895-909.
- Hockett, C.F., y Altmann, S.A. (1968). *A note on design features. Animal communication: En Techniques of study and results of research*, 61-72.

- Hogrefe, G., Wimmer, H. y Perner, J. (1986). Ignorance versus false belief: a developmental lag in the attribution of epistemic states. *Child Development*, 57, 567-582.
- Lakoff, R. (1973) *The logic of politeness: Or minding your P's and Q's. Papers presented at the Ninth Regional Meeting of the Chicago Linguistic Society*. Chicago: Chicago Linguistics Society.
- Lakoff, R. (1982). *Persuasive discourse and ordinary conversation, with examples from advertising. Analyzing discourse: Text and talk*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- McAlister, A. R y Cornwell, T. B. (2009). Preschool children's persuasion knowledge: The contribution of theory of mind. *Journal of Public Policy y Marketing*, 28(2), 175-185.
- Mitchell, P. (1997). *Introduction to Theory of mind. Children, autism and apes*. London: Edward Arnold Publisher.
- Monfort, M. y Juárez, I. (2001). *En La Mente: Un soporte gráfico para el entrenamiento de las habilidades pragmáticas en el niño*. Madrid: Entha ediciones.
- Newton, P., Reddy, V. y Bull, R. (2000). Children's everyday deception and performance on false-belief tasks. *British Journal of Developmental Psychology*, 18(2), 297-317.
- Ninio, A. y Snow, C. (1996). *Pragmatic Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Núñez, L. (1993). *Teoría y práctica de la construcción del texto*. Barcelona: Ariel.
- Perner, J, Leekam, S, y Wimmer, H (1987). Tree-year-olds difficulty with false belief: The case for a conceptual deficit. *British Journal of Developmental Psychology* 5, 25-137
- Popliger, M., Talwar, V. y Crossman, A. (2011). Predictors of children's prosocial lie-telling: Motivation, socialization variables, and moral understanding. *Journal of Experimental Child Psychology*, 110, 373-392.
- Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behaviour and Brain Sciences*, 1, 515-526.
- Reddy, J. N. (2007). Nonlocal theories for bending, buckling and vibration of beams. *International Journal of Engineering Science*, 45(2-8), 288-307.
- Resches, M. y Pérez Pereira, M. (2004). Comunicación referencial y conocimiento social: ¿independientes o conectados? *Anuario de psicología*, 35(2), 143-175
- Resches, M. y Pérez Pereira, M. (2007). Referential communication abilities and theory of mind development in preschool children. *Journal of Child Language*, 34, 21-52.
- Reyzábal, M.V. (2012). Las competencias comunicativas y lingüísticas, clave para la calidad educativa. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 10(4), 64-77.
- Rubin, K. (1978). Role-talking in childhood: Some methodological considerations. *Child Development*, 49, 428-433.
- Slaughter, V., Peterson, C. y Moore, C. (2013). I Can Talk You Into It: Theory of Mind and Persuasion Behavior in Young Children. *Developmental Psychology*, 49(2), 227-231.
- Sweetser, E. (1987) *The definition of "lie" An examination of the folk models underlying a semantic prototype. Cultural models in language and thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Talwar V, y Lee K. (2002). Emergence of white lie-telling in children between 3 and 7 years of age. *Merrill-Palmer Quarterly* 48, 160-181.
- Talwar, V. y Crossman, A. (2011). From little white lies to filthy liars: The evolution of honesty and deception in young children. *Advances in Child Development and Behaviour*, 40(140), 139- 179.
- Talwar, V. y Lee, K. (2010). Social and cognitive correlates of children's lying behavior. *Child Development*, 79, 866-881.
- Talwar, V., Murphy, S. M. y Lee, K. (2007). White lie-telling in children for politeness purposes. *International Journal of Behavioral Development*, 31(1), 1-11.
- Tirapu-Ustároz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M. y Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de neurología*, 44(8), 479- 489.
- To, C., Yim, S., Lam, G. y lao, L. (2016). Persuasion in Chinese School-Age Children With and Without Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 31(3), 231-240.
- Warneken, F. y Orlins, E. (2015). Children tell white lies to make others feel better. *British Journal of Developmental Psychology*, 33, 259-270
- Warneken, F. y Tomasello, M. (2006). *Altruistic helping in human infants and young chimpanzees. science*, 311(5765), 1301-1303.
- Wellman, H. M. y Liu, D. (2004). Scaling of theory-of-mind tasks. *Child Development*, 75(2), 523-541.
- Wilson, A. E., Smith, M. D. y Ross, H. S. (2003). The nature and effects of young children's lies. *Social Development*, 12(1), 21-45.

- Wimmer, H. y Perner, J. (1986). Beliefs about beliefs: representation and the constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103-128.
- Xu, F., Bao, X., Fu, G., Talwar, V. y Lee, K. (2010). Lying and truth-telling in children: From concept to action. *Child Development*, 81(2), 581-596.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Comprensión de la mente y mentiras piadosas. Diferencias evolutivas y de género en escolares de educación primaria

Trabajo fin de grado de Alba Cárdenas Vallecillo,
tutorizado por Carmen Barajas Esteban

Resumen

Las habilidades de teoría de la mente (ToM) se encuentran muy relacionadas con la producción de mentiras piadosas; los avances recientes en la investigación sobre cómo evoluciona la ToM más allá de los 6 años, y sobre cómo evolucionan los componentes específicos de ToM cognitiva y de ToM afectiva, abren la posibilidad de profundizar en las repercusiones de estos avances en otros logros sociocognitivos, como es el caso de los usos del lenguaje para propósitos sociales, como la mentira piadosa. Además, están poco exploradas las diferencias de género en la comprensión de la mente y sus aplicaciones para la interacción social. Este estudio pretende analizar si la relación entre la habilidad para decir mentiras piadosas y el desarrollo de las competencias de teoría de la mente presenta diferencias asociadas a la edad, en el tramo 6 a 12 años, y al género. Se contó con un total de 145 participantes (68 niñas y 77 niños) de 6 a 12 años y se les administraron una selección de tareas de ToM y de producción de mentiras piadosas. Los resultados muestran una relación entre ToM y la habilidad para producir mentiras piadosas en las edades estudiadas, encontrándose tramos evolutivos de meseta (8-9 años y de 10 en adelante) y un tramo de pico evolutivo de diferencias interindividuales, de 9 a 10 años. Sin embargo, ni las habilidades mentalistas, ni las habilidades para producir una mentira piadosa, ni la relación entre ambas se encuentran vinculadas al género.

Palabras clave: Mentira piadosa, teoría de la mente, Educación Primaria y género.

Abstract

Theory of mind (ToM) skills are closely related to the production of white lies; Recent advances in research on how ToM evolves beyond the age of 6, and on how the specific components of cognitive ToM and affective ToM evolve, open the possibility of deepening the repercussions of these advances on other socio-cognitive achievements, such as this is the case of the uses of language for social purposes, such as white lies. Furthermore, gender differences in the understanding of the mind and its applications for social interaction are little explored. This study tries to analyze if the relationship between the ability to tell white lies and the development of the theory of mind competencies presents differences associated with age, in the 6 to 12 years span, and gender. There was a total of 145 participants (68 girls and 77 boys) from 6 to 12 years old and they were administered a selection of ToM tasks and the production of white lies. The results show a relationship between ToM and the ability to produce white lies at the ages studied, finding evolutionary stretches of the plateau (8-9 years and 10 onwards) and an evolutionary peak stretch of interindividual differences, from 9 to 10 years. However, neither the mentalistic abilities, nor the abilities to produce a white lie, nor the relationship between the two are linked to gender.

Keywords: theory of mind, white lies, Primary School, gender.

1. Introducción

Los seres humanos, desde que nacemos, nos interesamos por lo que se piensa, cómo o por qué se siente o se actúa de una determinada manera. Para responder a todas las incógnitas anteriores y de esta manera comprender la conducta humana, propia y ajena, se requiere la interpretación de las acciones y verbalizaciones en términos de creencias, deseos, emociones o intenciones. Desde el marco de la Psicología, todas estas cuestiones se engloban, principalmente bajo la etiqueta *teoría de la mente* (ToM) (Ortiz, 2012).

El origen de este término procede de los trabajos realizados por Premack y Woodruff (1978), quienes llevaron a cabo los primeros estudios experimentales con chimpancés, y, tras varias sesiones, descubrieron que este animal era capaz de atribuir estados mentales como la intención y el conocimiento a una persona.

Por lo tanto, según estos autores la ToM (*Theory of Mind*) es la habilidad para atribuir estados mentales a otras personas, así como a uno mismo, para facilitar el poder comprender, predecir y explicar el comportamiento propio y ajeno (Ríos-Flórez, Flórez-Barco, 2017).

Es por ello que podríamos decir que la ToM es sobre todo una habilidad social, que se pone en juego cuando interactuamos con otros, por ejemplo, cuando establecemos relaciones afectivas de amistad, o cuando competimos con otros. La ToM va evolucionando desde antes de los cuatro años, donde los niños suelen cometer “errores mentalistas” (atribuyen una creencia al otro vinculada con la realidad). Es a partir de los cuatro años y medio cuando comienzan a responder correctamente a las preguntas que evalúan la ToM, en concreto en las tareas de falsa creencia, lo que indica que son capaces de atribuir estados mentales diferentes al propio a otras personas. A partir de esta edad progresa gradualmente la comprensión de las creencias, siendo a los siete u ocho años cuando se llega al razonamiento de doble recursividad sobre las creencias (atribuir estados mentales a alguien sobre los estados mentales de otros) (Bradmetz-Schneider, 2004). Y, finalmente, a partir de los diez años adquieren dominio en aplicar el razonamiento de segundo orden a la comprensión de actos comunicativos que implican usos no literales del lenguaje, como las ironías, mentiras piadosas, bromas, entre otros (González-Cuenca, 2007).

Según el nivel de recursividad en la atribución de los estados mentalistas, se ha distinguido entre ToM de primer orden, atribuir a otra persona solo un estado mental (normalmente diferente al propio) y ToM de segundo orden, atribuir un estado mental referido a otro estado mental.

En la investigación realizada por Dvash y Shamay-Tsoory (2010) se descubrió que la atribución de los estados mentales de naturaleza epistémica (pensamientos, intenciones o creencias) y los de naturaleza emocional (relacionada con la empatía), respondían a regiones cerebrales diferentes.

De este modo, se pueden establecer las siguientes distinciones entre ambos tipos de ToM, mientras que la ToM Cognitiva se refiere a la habilidad para pensar o inferir pensamientos, creencias e intenciones tanto propias, como del resto de personas, la ToM Afectiva está relacionada con el procesamiento de información relativa a las emociones y con la comprensión del estado emocional propio y de otros (Kalbe et al., 2010). De esta manera, ambos procesos de interrelacionan y hacen posible la capacidad de dar a respuesta a estados emocionales ajenos.

Teoría de la mente y producción de mentiras

Los niños conocen y aprenden las reglas de socialización, incluida la mentira, en los primeros años de desarrollo a través de sus interacciones con los cuidadores primarios (Bandura, 1977).

La mentira se podría definir como la acción en la cual se hace una declaración falsa intencionada, cuya finalidad es introducir falsas creencias en la mente del receptor (Lee, 2000). Pueden responder a motivaciones prosociales (mentira piadosa) o por el contrario, a razones egoístas (mentiras antisociales), y, por tanto, la veracidad de una declaración es más que una intención comunicativa, y representa intenciones sociales (Talwar, Williams, Renaud, Arruda y Saykaly, 2016). Es por esto que para mentir con éxito se deben evaluar correctamente los estados mentales propios y del receptor de la mentira (Talwar, Gordon y Lee, 2007). La investigación de la mentira piadosa se ha llevado a cabo con el paradigma del regalo decepcionante (Cole, 1986).

Teoría de la mente y género

Algunos resultados relevantes indican que las niñas mostraron conversaciones sobre estados mentales más sofisticadas, haciendo más referencias a ellos en su discurso al interactuar con los iguales (Hughes y Dunn, 1998; Hughes, Lecce y Wilson, 2007). En esta misma línea, otros estudios informaron sobre que las niñas se desempeñan mejor en algunas tareas de ToM, en concreto en las

tareas de falsas creencias (Carlson y Moses, 2001; Charman, Ruffman y Clements, 2002; Peterson, Slaughter y Paynter, 2007; Walker, 2005; Yagmurlu, Berument y Celimli, 2005).

Por otra parte, también se han producido resultados mixtos, en los que no hay diferencias significativas entre niños y niñas en tareas de ToM (Holmes, Black y Miller, 1996; Jenkins y Astington, 1996; Lundy, 2013).

En este estudio se pretende analizar la evolución de las mentiras piadosas en las edades comprendidas entre 6 y 12 años vinculada al desarrollo de las competencias mentalistas (o de la comprensión de estados mentales epistémicos y emocionales); y, además, determinar si existen diferencias asociadas al género en la relación entre teoría de la mente y habilidad para decir mentiras piadosas.

2. Método

2.1 Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 145 niños/as (68 son niñas y 77 son niños) con una edad comprendida entre los 6 y 12 años ($M= 8,85$; $DT= 1, 715$); especificando, el menor participante tiene 6, 33 años, mientras que el más mayor tiene 13 años ($M= 9,34$; $DT= 1,727$).

Todos los alumnos son pertenecientes a centros educativos públicos de Educación Primaria de la provincia de Málaga (Tabla 1).

Tabla 1
Datos descriptivos (medias y desviaciones típicas) de los niños y niñas por cursos

Curso	Edad		Sexo		Total
	M	DT	Niños N	Niñas N	
1º	6,804	0,317	12	13	25
2º	7,867	0,266	10	10	20
3º	8,869	0,317	12	13	25
4º	9,778	0,313	13	13	26
5º	10,731	0,419	14	8	22
6º	11,751	0,486	16	11	27
Total	9,340	1,727	77	68	145

2.2 Instrumentos

1. Tareas de teoría de la mente (ToM)

Para evaluar las habilidades de atribución de los estados mentales de conocimiento o creencia de otra persona independientemente de que coincida con el de uno mismo, se administró una selección de tareas de ToM con demandas cognitivas diversas.

- *Falsa creencia sobre contenido (Harris, Johnson, Hutton, Andrews y Cooke, 1989)*. Su función principal es la evaluación de la destreza para atribuir una creencia falsa a otro sobre el contenido de un recipiente.
- *Codificación y puntuación*. 0 puntos: no atribuye falsa creencia; 1 punto: apariencia (es un bote de lacasitos); 2 puntos: razonamiento implícito (no ha visto que hay un lápiz); 3 puntos: razonamiento mentalista explícito (no sabe que hay un lápiz).
- *Falsa creencia sobre localización de primer orden (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985)*. Mide la capacidad de atribuir una falsa creencia sobre el lugar en el que se encuentra un objeto.
- *Codificación y puntuación*. 0 puntos: no atribuye falsa creencia; 1 punto: localización (porque estaba ahí); 2 puntos: razonamiento implícito (no ha visto el cambio); 3 puntos: razonamiento mentalista explícito (no sabe que la han cambiado).
- *Tarea de creencia-emoción positiva (Harris, Johnson, Hutton, Andrews y Cooke, 1989)*. Evalúa la competencia para atribuir una emoción positiva a otra a través de una creencia equivocada.
- *Codificación y puntuación*. 0 puntos: no atribuye emoción positiva; 1 punto: referencia al supuesto contenido (porque le gustan las galletas); 2 puntos: razonamiento implícito (porque no ha visto que hay papeles); 3 puntos: razonamiento mentalista explícito (“se pondrá contento porque creerá que hay galletas”).

- *Tarea de creencia-emoción negativa (Harris, Johnson, Hutton, Andrews y Cooke, 1989)*. Valora la capacidad para atribuir una emoción negativa a una persona a partir de una creencia equivocada.
- *Codificación y puntuación*. 0 puntos: no atribuye emoción negativa; 1 punto: referencia al supuesto contenido (porque le vas a dar medicinas); 2 puntos: razonamiento implícito (no ha visto que hay caramelos); 3 puntos: razonamiento mentalista explícito (“se pondrá triste porque creerá que hay medicinas”).
- *Emoción fingida (Harris, Donnelly, Guz y Pitt-Watson, 1989; Wellman y Liu, 2004)*. Se evalúa la destreza para entender que una persona puede sentir una emoción, pero aparentar otra.
- *Codificación y puntuación*. 1 punto si la cara elegida es neutra o feliz: referencia a la consecuencia conductual que se quiere evitar (para que no le llamen bebé); 2 puntos: referencia implícita a ocultar la emoción (para que no vean que está triste); 3 puntos: justificación mentalista explícita (para que no sepan que está triste).
- *Falsa creencia de localización de segundo orden (Baron-Cohen et al., 1985; adaptada por Núñez, 1993)*. Evalúa la habilidad para atribuir a otro una creencia falsa sobre el conocimiento que tiene una tercera persona sobre la localización de un objeto, en esta tarea se verá más implicada la memoria de trabajo.
- *Codificación y puntuación*. 0 puntos: no hace un razonamiento de segundo orden; 1 punto: razonamiento de segundo orden implícito a los dos estados mentales (porque no ha visto que estaba mirando); 2 puntos: razonamiento mentalista explícito de segundo orden con referencia explícita al primer estado mental (porque no sabe que ha mirado); 3 puntos: razonamiento explícito a los dos estados mentales (porque se cree que no lo sabe).
- *Faux Pas o Meteduras de Pata (Baron-Cohen, O’Riordan, Stone, Jones y Plaisted, 1999)*. Prueba la habilidad para entender que alguien puede decir algo que produzca en otro una emoción negativa al desconocer cierta información relativa a este último.
- La versión original de las tareas de Faux Pas ha sido modificada, añadiendo preguntas para evaluar la comprensión de los siguientes componentes de la actividad mentalista que subyace al razonamiento en estas tareas (se muestra aquí con el ejemplo de las preguntas para la primera de las tareas de metedura de pata):

“Elena y Sonia estaban lavándose las manos en los baños del colegio. María estaba en uno de los váteres con la puerta cerrada, desde donde oía todo lo que se hablaba fuera. Elena dijo ‘¿Sabes? la niña nueva de la clase, que se llama María, no parece un poco rara?’ En ese momento María salió del váter.

1. *Pregunta de detección/identificación de Metedura de Pata: ¿Alguien en la historia dijo algo que no debería haber dicho?, ¿El qué?*
1 punto si detecta la metedura de pata.
2. *Pregunta sobre la ignorancia del hablante: ¿Por qué no debería haberlo dicho? (Insistencia si no responde bien a lo anterior: ¿Sabe Elena que María está en el baño y lo está oyendo?)*
1 punto si atribuye ignorancia al hablante que hace la metedura de pata refiriéndose al efecto producido en quien lo recibe (porque María se sentiría mal); 2 puntos: si se refiere a la perspectiva de quien mete la pata (porque alguien podría estar oyéndolo).
3. *Perspectiva emocional del oyente: ¿Cómo se siente María cuando oye lo que dice Elena?*
1 punto si predice el efecto emocional de la metedura de pata en el receptor.
4. *Perspectiva del hablante sobre la emoción del oyente: ¿Sabe Elena que María se está sintiendo mal por sus palabras? ¿Por qué?*
1 punto si atribuye al hablante la perspectiva epistémica de ignorancia sobre la emoción producida en el receptor (porque no ha visto que está dentro); 2 puntos: si hace referencia explícita (porque no sabe que está ahí).
5. *Pregunta sobre intención del hablante: ¿Quería Elena que María se sintiera mal?*
1 punto si hace la atribución correcta al hablante sobre su falta de intención de causar el efecto emocional de su metedura de pata.

Puntuaciones totales de las tareas de Teoría de la Mente:

Las puntuaciones de cada tarea de ToM se suman en una puntuación total de ToM: 0 a 32 puntos.

Además, se obtiene una puntuación de ToM cognitiva y otra de ToM afectiva. Las tareas de falsa creencia sobre contenido, falsa creencia sobre localización de primer orden, falsa creencia de localización de segundo orden, y las preguntas de Faux Pas de atribución epistémica (las dos primeras de cada metedura de pata) corresponden a ToM cognitiva (0 a 15 puntos); mientras que las tareas de creencia-emoción (positiva y negativa), emoción fingida y Faux Pas (las preguntas de atribución de emociones: las tres últimas) son medidas de ToM afectiva (0 a 17 puntos).

2. Tarea de producción de mentira piadosa

Para evaluar la habilidad de producción de una mentira piadosa se ha diseñado una tarea que consiste en poner al participante en una supuesta situación con una historia que se lee y posteriormente se realizan algunas preguntas para ver y evaluar cómo actuaría en base a dicha situación. Historia: “Es tu cumpleaños, tú quieres que tu madre te regale un móvil y te regala un libro (que no te gusta). ¿Qué le dirías para que no se sintiera mal?”

Codificación y puntuación: 0 puntos si no dice una mentira piadosa (“le diría que no me ha gustado”, “que si lo podemos cambiar por otra cosa”); 1 puntos si solo utiliza una fórmula de cortesía (“le diría que muchas gracias”), sin decir una mentira; 2 puntos si dice una mentira piadosa (“me ha gustado mucho”); 3 puntos si añade alguna razón a la mentira piadosa (“me gusta mucho leer”, “ya he leído todo lo que tengo”) o si dice explícitamente que es una mentira (“les diría que me gusta, aunque sea una mentira”); 4 puntos: si añade alguna razón para que la otra persona no se sienta mal, pero no mente (“el libro está bien para la asignatura”).

2.3. Procedimiento

Este estudio se llevó a cabo en varios centros de educación primaria de la provincia de Málaga. El primer paso fue contactar con dichos centros y explicar la propuesta de investigación que realizaríamos. Una vez hecho esto, se pasó a la obtención del consentimiento de la familia para la realización de dicho estudio, ya que, al trabajar con menores, era estrictamente necesario disponer de él. Posteriormente se organizaron los cursos y comenzaron las aplicaciones de los test en dos sesiones, con una semana de diferencia entre ambas, para evitar el cansancio de los alumnos y como consecuencia, las respuestas aleatorias a las pruebas.

Para ello, se necesitó un aula cuyo ambiente fuera óptimo, sin ruido ni distractores ambientes que pudiesen interferir, y permitiera una correcta evaluación. Ambas sesiones disponían de 30 minutos, en la primera semana se evaluó ToM y en la segunda semana se llevó a cabo la Tarea de producción de mentira piadosa.

3. Resultados

3.1. Desarrollo de la teoría de la mente y habilidad para decir mentiras piadosas

3.1.1. Diferencias entre tramos de edad en teoría de la mente y en la habilidad para decir mentiras piadosas

Para analizar cómo repercute el desarrollo de la teoría de la mente en la habilidad para decir mentiras piadosas en el tramo de 6 a 12 años, se comenzó realizando sendos análisis estadísticos de la relación entre edad y, por separado, puntuaciones de teoría de la mente y de habilidad para decir mentiras piadosas.

La relación entre edad y habilidad de teoría de la mente se examinó mediante análisis de varianza (ANOVAS) tomando como variable independiente la edad en tramos y como variables dependientes las puntuaciones globales de ToM, ToM Cognitiva y ToM Afectiva. Tomar la variable edad en tramos de un año permitiría identificar los momentos evolutivos de saltos significativos en el rendimiento en ToM.

En cuanto a la puntuación de ToM Total, el análisis reveló que los grupos de edad difieren en la media de su puntuación total ($F_{(3,054)}=5, p=.012$). Concretamente, el análisis post hoc con el estadístico Bonferroni señala que existe una puntuación significativa entre los 7 - 8 años y los 8-9 años ($p=.078$); y los 7-8 años y los 9-10 años ($p=.012$) (Tabla 2).

Tabla 2
 Datos descriptivos (medias y desviaciones típicas) de las puntuaciones de ToM Total en cada grupo de edad

Edad	N	Puntuación ToM Total	
		M	DT
6 - 7 años	25	17.80	3.26
7 - 8 años	20	16.25	3.91
8 - 9 años	24	19.25	3.22
9 - 10 años	26	19.81	2.63
10 - 11 años	22	17.91	3.50
11 - 12 años	26	19.04	4.24
Total	143	18.43	3.61

Respecto a la puntuación específica de ToM Cognitiva, el análisis reveló que los grupos de edad se diferencian en la media de la puntuación en ToM Cognitiva ($F_{(1,94)} = 5, p = .092$) (Tabla 3).

Tabla 3
 Datos descriptivos (medias y desviaciones típicas) de las puntuaciones de ToM Cognitiva en cada grupo de edad

Edad	N	Puntuación ToM Cognitiva	
		M	DT
6 - 7 años	25	6.96	1.51
7 - 8 años	20	7.10	2.15
8 - 9 años	24	7.88	1.29
9 - 10 años	26	8.04	1.21
10 - 11 años	22	7.18	1.43
11 - 12 años	26	7.15	1.95
Total	143	7.40	1.64

Por último, en cuanto a ToM Afectiva, el análisis reveló que existen desigualdades en la media de los grupos respecto a la puntuación de ToM Afectiva ($F_{(3,72)} = 5, p = .004$). Concretamente, el análisis *post hoc* con el estadístico Bonferroni señala que existe una diferencia significativa entre la edad de 7-8 años y las siguientes edades: 8-9 años ($p = .034$); 9-10 años ($p = .005$) y 11-12 años ($p = .010$) (Tabla 4).

Tabla 4
 Datos descriptivos (medias y desviaciones típicas) de las puntuaciones de ToM Afectiva en cada grupo de edad

Edad	N	Puntuación ToM Afectiva	
		M	DT
6 - 7 años	25	12.12	2.45
7 - 8 años	20	10.35	3.16
8 - 9 años	24	13.04	2.78
9 - 10 años	26	13.50	2.53
10 - 11 años	22	12.00	2.91
11 - 12 años	26	13.31	3.25
Total	143	12.48	2.99

La relación entre edad y habilidad para decir Mentiras Piadosas se examinó mediante la prueba de Chi-cuadrado para comprobar si la distribución de respuestas en las distintas categorías de codificación de la tarea de Mentira Piadosa presentaba una relación con los grupos de edad. El análisis muestra una relación estadísticamente significativa ($\chi^2_{(20)} = 65.75, p = .000$) (Tabla 5).

Tabla 5
Distribución de categorías de respuesta en la tarea de producción de Mentira Piadosa según el tramo de edad

Edad	Categorías de respuesta en tarea de Mentira Piadosa					Total
	Dice la verdad	Cortesía	Mentira piadosa	Mentira razonada	No daña sin mentir	
6 - 7 años	9	3	7	3	3	25
7 - 8 años	1	0	19	0	0	20
8 - 9 años	4	1	8	7	5	25
9 - 10 años	7	0	10	6	3	26
10 - 11 años	0	0	22	0	0	22
11 - 12 años	5	3	9	8	1	26
Total	26	7	75	24	12	144

3.1.2. Relación entre teoría de la mente y habilidad para decir mentiras piadosas en cada tramo de edad

Para comprobar si los saltos evolutivos detectados en el rendimiento en ToM están asociados a los cambios evolutivos en la habilidad para decir mentiras piadosas, se realizaron Análisis de Varianza (ANOVAS), en cada uno de los grupos de edad por separado, para comprobar si hay diferencias de medias en las puntuaciones de ToM entre los grupos de participantes según las distintas categorías de respuesta en la tarea de Mentira Piadosa. Todos estos ANOVAS se aplicaron tanto a las puntuaciones globales de ToM, de ToM Cognitiva y de ToM Afectiva, como a las puntuaciones de cada una de las tareas específicas de ToM.

En el análisis realizado a los niños de entre 6 y 7 años se encuentra una diferencia significativa sólo en ToM Afectiva ($F_{(2,00)} = 4, p= .067$), no siéndolo así para ToM Total ($F_{(2,00)} = 4, p= .133$), ni para ToM Cognitiva ($F_{(1,55)} = 4, p= .225$) (Tabla 6).

Tabla 6
Medias y Desviaciones Típicas de puntuaciones de teoría de la mente según categorías de respuesta en la tarea de producción de Mentira Piadosa en el tramo de edad de 6 a 7 años

Teoría de la Mente	Categorías de respuesta en tarea de Mentira Piadosa				
	Dice la verdad M (DT)	Cortesía M (DT)	Mentira piadosa M (DT)	Mentira razonada M (DT)	No daña sin mentir M (DT)
ToM Total	19.67 (3.70)	18.67 (1.15)	16.71 (2.56)	14.67 (3.78)	17.00 (1.00)
ToM Cognitiva	7.78 (1.98)	7.33 (0.57)	6.57 (0.97)	6.00 (1.00)	6.00 (1.00)
ToM Afectiva	13.56 (2.35)	12.67 (1.15)	11.14 (2.03)	9.33 (3.21)	12.33 (1.15)

En el análisis realizado a los niños de entre 7 y 8 años reveló que los grupos de edad se diferencian solo en la media de la puntuación de ToM Total ($F_{(3,54)} = 1, p= .076$), no mostrándose significativa en ToM Cognitiva ($F_{(2,01)} = 1, p= .172$), y ToM Afectiva ($F_{(2,41)} = 1, p= .136$), en esta última podemos encontrar una significación en la tarea Creencia- Emoción Positiva ($F_{(4,63)} = 1, p= .045$) (Tabla 7).

Tabla 7
Medias de puntuaciones de teoría de la mente según categorías de respuesta en la tarea de producción de Mentira Piadosa en el tramo de edad de 7 a 8 años

Teoría de la Mente	Categorías de respuesta en tarea de Mentira Piadosa				
	Dice la verdad M (DT)	Cortesía M (DT)	Mentira piadosa M (DT)	Mentira razonada M (DT)	No daña sin mentir M (DT)
ToM Total	23.00 (0.00)	0	15.89 (3.68)	0	0
ToM Cognitiva	10.00 (0.00)	0	6.95 (2.15)	0	0
ToM Afectiva	15.00 (0.00)	0	10.11 (3.05)	0	0
Creencia-Emoción Positiva	3.00 (0.00)	0	1.16 (0.83)	0	0

Tabla 8

Medias de puntuaciones de teoría de la mente según categorías de respuesta en la tarea de producción de Mentira Piadosa en el tramo de edad de 8 a 9 años

Teoría de la Mente	Categorías de respuesta en tarea de Mentira Piadosa				
	Dice la verdad M (DT)	Cortesía M (DT)	Mentira piadosa M (DT)	Mentira razonada M (DT)	No daña sin mentir M (DT)
ToM Total	16.75 (4.11)	19.00 (0.00)	19.63 (2.97)	19.29 (2.62)	21.00 (3.91)
ToM Cognitiva	7.75 (1.50)	10.00 (0.00)	7.63 (1.30)	7.57 (1.39)	8.50 (0.57)
Falsa Creencia Contenido	1.00 (0.00)	3.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.14 (0.37)	1.40 (0.89)
Atribución Ignorancia al hablante en Met Pata	0.25 (0.50)	1.00 (0.00)	0.63 (0.51)	0.14 (0.37)	1.25 (0.50)
ToM Afectiva	10.75 (3.09)	11.00 (0.00)	13.50 (2.44)	13.14 (2.03)	14.75 (3.86)
Emoción Fingida	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	2.50 (0.96)	2.14 (0.90)	2.60 (0.89)

El análisis realizado a los niños de entre 8 y 9 años reveló que los grupos de edad no muestran datos significativos en ningún tipo de ToM, ToM Total ($F_{(0.91)} = 4, p = .477$), ToM Cognitiva ($F_{(1.10)} = 4, p = .383$), y, por último, ToM Afectiva ($F_{(1.30)} = 4, p = .303$). Aunque si se encuentran diferencias significativas en las siguientes tareas concretas de ToM Cognitiva, Falsa creencia de contenido ($F_{(4.85)} = 4, p = .007$); Atribución Ignorancia al hablante en Met Pata ($F_{(4.18)} = 4, p = .014$), y por último en la tarea de Emoción fingida ($F_{(3.05)} = 4, p = .041$) perteneciente a ToM Afectiva (Tabla 8).

Este análisis realizado a los niños de entre 9 y 10 años reveló que existen diferencias significativas entre la puntuación total el todas las ToM, ToM Total ($F_{(4.76)} = 3, p = .010$), ToM Cognitiva ($F_{(2.79)} = 3, p = .064$), y, por último, ToM Afectiva ($F_{(2.41)} = 3, p = .093$). En las siguientes tareas concretas se da una significación respecto a las demás tareas, Falsa creencia de contenido 2º orden ($F_{(4.10)} = 3, p = .019$); Atribución ignorancia al hablante en Met Pata ($F_{(2.81)} = 3, p = .063$) (ToM Cognitiva) (Tabla 9).

Tabla 9

Medias de puntuaciones de teoría de la mente según categorías de respuesta en la tarea de producción de Mentira Piadosa en el tramo de edad de 9 a 10 años

Teoría de la Mente	Categorías de respuesta en tarea de Mentira Piadosa				
	Dice la verdad M (DT)	Cortesía M (DT)	Mentira piadosa M (DT)	Mentira razonada M (DT)	No daña sin mentir M (DT)
ToM Total	19.43 (2.37)	0	18.20 (2.09)	21.50 (2.34)	22.67 (1.52)
ToM Cognitiva	7.71 (1.60)	0	7.50 (0.85)	8.83 (0.98)	9.00 (0.00)
Falsa Creencia Contenido 2º orden	1.14 (0.69)	0	1.80 (0.42)	2.00 (0.63)	2.33 (0.57)
Atribución Ignorancia al hablante en Met Pata	1.29 (0.48)	0	0.70 (0.48)	1.50 (0.54)	1.33 (1.15)
ToM Afectiva	12.86 (2.26)	0	12.50 (2.22)	14.67 (2.73)	16.00 (2.00)

En el análisis realizado a los niños de 10 a 11 años reveló que todos los participantes habían usado para responder a las tareas una mentira piadosa y es por ello que no salen datos significativos a comparar (Tabla 10).

Tabla 10

Medias de puntuaciones de teoría de la mente según categorías de respuesta en la tarea de producción de Mentira Piadosa en el tramo de edad de 10 a 11 años

Teoría de la Mente	Categorías de respuesta en tarea de Mentira Piadosa				
	Dice la verdad M (DT)	Cortesía M (DT)	Mentira piadosa M (DT)	Mentira razonada M (DT)	No daña sin mentir M (DT)
ToM Total	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ToM Cognitiva	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ToM Afectiva	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

Por último, en el análisis realizado a los sujetos de 11 a 12 años, reveló que no existen diferencias significativas en ninguna ToM, ToM Total $F_{(0.95)} = 4, p = .452$, ToM Cognitiva $F_{(0.50)} = 4, p = .734$ y ToM Afectiva $F_{(0.98)} = 4, p = .438$ (Tabla 11).

Tabla 11
Medias de puntuaciones de teoría de la mente según categorías de respuesta en la tarea de producción de Mentira Piadosa en el tramo de edad de 11 a 12 años

Teoría de la Mente	Categorías de respuesta en tarea de Mentira Piadosa				
	Dice la verdad M (DT)	Cortesía M (DT)	Mentira piadosa M (DT)	Mentira razonada M (DT)	No daña sin mentir M (DT)
ToM Total	22.00 (3.39)	20.33 (2.08)	17.89 (4.48)	18.00 (4.87)	19.00 (0.00)
ToM Cognitiva	8.00 (1.58)	8.00 (1.00)	6.78 (2.33)	6.75 (2.12)	7.00 (0.00)
ToM Afectiva	15.80 (3.11)	13.67 (2.51)	12.56 (3.08)	12.50 (3.70)	13.00 (0.00)

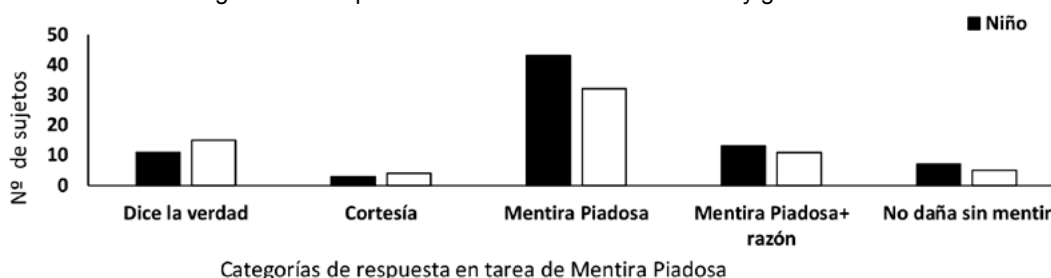
3.2. Relación entre ToM y habilidad para decir mentiras piadosas según el género

Para analizar si el género repercute en el desarrollo de la teoría de la mente y en la habilidad para decir mentiras piadosas en el tramo de 6 a 12 años, se realizaron análisis de varianzas, en primer lugar, para examinar si existen diferencias asociadas sexo en la habilidad para decir mentiras piadosas. Y, en segundo lugar, si hay relación entre teoría de la mente y habilidad para decir mentir piadosas y cada sexo de manera individual.

3.1.1. Diferencias según género en la habilidad para decir mentiras piadosas

Para comprobar si las respuestas en la tarea de Mentira Piadosa se distribuyen de manera significativamente distinta en el grupo de niñas y en el de niños (Figura 1), se aplicó la prueba Chi-cuadrado.

Figura 1
Relación entre categorías de respuesta en tarea de Mentira Piadosa y género



El análisis revela que existe en cada una de las categorías igualdades entre niños y niñas, es decir, no existen diferencias entre sexo y habilidad para decir mentiras piadosas, $\chi^2_{(4)} = 2.19, p = .701$ (Figura 1).

3.2.2. Relación entre teoría de la mente y habilidad para decir mentiras piadosas en cada grupo según género

Para analizar la relación entre el desarrollo de la teoría de la mente y la habilidad para decir mentiras piadosas según el género, se realizaron Análisis de Varianza (ANOVAS), para el grupo de niños y el de niñas por separado, para comprobar si hay diferencias de medias en las puntuaciones de ToM entre los grupos de participantes según las distintas categorías de respuesta en la tarea de Mentira Piadosa.

Tabla 12
Medias de puntuaciones de teoría de la mente según categorías de respuesta en la tarea de producción de Mentira Piadosa en el grupo de niños

Teoría de la Mente	Categorías de respuesta en tarea de Mentira Piadosa				
	Dice la verdad M (DT)	Cortesía M (DT)	Mentira piadosa M (DT)	Mentira razonada M (DT)	No daña sin mentir M (DT)
ToM Total	19.09 (3.59)	19.33 (1.52)	17.09 (3.40)	17.00 (4.32)	20.67 (3.38)
ToM Cognitiva	7.45 (1.75)	9.00 (1.00)	7.12 (1.46)	6.69 (1.93)	8.33 (0.81)
ToM Afectiva	13.09 (2.77)	12.00 (1.73)	11.40 (2.92)	11.46 (3.55)	14.50 (3.14)

Los ANOVA realizados en el grupo de los niños indican que existe una diferencia significativa en ToM Total y ToM Cognitiva, se muestran a continuación los resultados, ToM Total ($F_{(2,05)}=4, p=.096$), ToM cognitiva ($F_{(2,22)}=4, p=.075$) y por el contrario no significativa la ToM afectiva ($F_{(1,91)}=4, p=.117$) (Tabla 12).

Analizando ahora las tareas de ToM junto con la habilidad de decir mentiras piadosas entre las niñas, los ANOVA determinan diferencias entre las tareas de ToM, mostrándose significativa solo la ToM Total ($F_{(2,12)}=4, p=.088$), mientras que ToM cognitiva ($F_{(1,83)}=4, p=.134$) y ToM afectiva ($F_{(1,94)}=4, p=.115$), no muestran una significación. Además, ninguna tarea en concreto muestra diferencias de puntuación entre unas niñas y otras (Tabla 13).

Tabla 13

Medias de puntuaciones de teoría de la mente según categorías de respuesta en la tarea de producción de Mentira Piadosa en el grupo de niñas

Teoría de la Mente	Categorías de respuesta en tarea de Mentira Piadosa				
	Dice la verdad M (DT)	Cortesía M (DT)	Mentira piadosa M (DT)	Mentira razonada M (DT)	No daña sin mentir M (DT)
ToM Total	20.20 (3.55)	19.50 (1.91)	18.06 (3.59)	21.00 (2.14)	19.60 (3.36)
ToM Cognitiva	8.20 (1.56)	7.25 (0.50)	7.09 (1.85)	8.27 (1.10)	7.20 (1.78)
ToM Afectiva	13.67 (2.99)	13.50 (1.91)	12.19 (2.85)	14.45 (1.80)	14.00 (2.64)

Siguiendo con ToM cognitiva, se encuentran diferencias significativas entre las niñas que dicen una mentira piadosa razonada y entre las que solo dicen una mentira piadosa ($p=.088$).

Por último, en ToM Afectiva, existen diferencias entre las niñas que dicen una mentira piadosa y entre las que dicen una mentira piadosa razonada ($p = .026$), también entre las que no dañan sin mentir y entre las que emiten una mentira piadosa ($p = .070$).

4. Discusión

Este estudio examina la relación evolutiva, en el tramo de 6 a 12 años, entre la teoría de la mente y la habilidad para producir mentiras piadosas; y, si esta relación está asociada, además, con el género. Para medir estas relaciones se propusieron dos objetivos: analizar la evolución de las mentiras piadosas en las edades comprendidas entre 6 y 12 años vinculada al desarrollo de las competencias mentalistas, y determinar si existen diferencias asociadas al género en la relación entre teoría de la mente y habilidad para decir mentiras piadosas.

Relación entre el desarrollo de la teoría de la mente de 6 a 12 años y la habilidad para decir mentiras piadosas

Respecto al desarrollo de la ToM por tramos de edad, las puntuaciones globales de ToM, de ToM Cognitiva y de ToM Afectiva reflejan datos significativos. Específicamente en ToM Total se establecen diferencias significativas entre las edades de 7-8 años y las edades de 8 a 10 años; y en ToM Afectiva también aparecen diferencias significativas entre las edades de 7-8 años y de 8 a 12 años. Esto puede deberse a que durante estos años se van produciendo saltos evolutivos en los que el cerebro va madurando y, en consecuencia, atribuyendo a otros diferentes estados mentales de mayor complejidad (González-Cuenca, 2007). En definitiva, se puede establecer que existen puntos de inflexión evolutiva en el desarrollo de la teoría de la mente.

Por otro lado, el análisis realizado para evaluar la producción de mentiras piadosas según el tramo de edad muestra que los niños/as de 6-7 años dicen la verdad más que utilizan Mentiras Piadosas; los niños de 7-8 años responden casi en su totalidad diciendo una Mentira piadosa en una situación de decepción ante un regalo indeseado; en las edades de 8-9 años, 9-10 años y 11-12 años los tipos de respuesta se igualan aunque hay más niños/as que dicen Mentiras Piadosas que la verdad; y, por último, todos los niños de 10-11 años evaluados dicen Mentiras Piadosas. Tal y como expusieron Talwar, Gordon y Lee (2007) para que una mentira sea exitosa hay que ser capaz de evaluar correctamente los estados mentales propios y del receptor de la mentira; como se ha comentado anteriormente, la habilidad mentalista va evolucionando con los años, lo que se ve reflejado en estos datos, ya que a más edad más producción de mentira piadosa, exceptuando los años de 11 a 12, lo que puede deberse a que ya han alcanzado el nivel de desarrollo de teoría de la mente necesario para la producción de mentiras piadosas, de modo que las diferencias individuales en la producción de estas deja de estar asociado a las habilidades de ToM.

Tal y como se esperaba, el desarrollo de la ToM se muestra relacionado con la habilidad para decir mentiras piadosas (Talwar, Gordon y Lee, 2007); no obstante, esta relación no es la misma en todos los tramos de edad, esto se comenta a continuación.

En los niños de 6 a 7 años, la habilidad de producción de mentira piadosa sólo se relaciona significativamente con ToM Afectiva, en concreto, tienen una mayor ToM Afectiva los niños que no dañan sin mentir respecto a los que usan una mentira piadosa y los que usan una mentira razonada. Esto muestra que en esta edad hay un rango de diferencias interindividuales significativas en el desarrollo de las habilidades de ToM Afectiva. Las respuestas de los niños de 7 a 8 años se distribuyen entre dos únicas opciones: algunos dicen la verdad y otros, por el contrario, responden con una mentira piadosa; estos dos grupos sólo difieren significativamente en ToM Total y en la tarea concreta de Creencia-Emoción positiva; esto puede deberse a que hacia los 8 años (Bradmetz-Schneider, 2004) algunos niños ya alcanzan la suficiente comprensión de que las creencias -falsas- pueden vincularse a emociones positivas como para elaborar mentiras piadosas.

En los niños de 8 a 9 años, la habilidad de producción de mentira piadosa no muestra diferencias significativas con ToM, tan sólo en las tareas de falsa creencia de contenido y en la atribución de ignorancia al hablante en metedura de pata; los niños que no dañan sin mentir poseen, frente a los que usan una mentira piadosa, una mayor ToM Cognitiva. Estos resultados pueden ser consecuencia de encontrarse en una etapa de meseta en el desarrollo de las habilidades de teoría de la mente, debido a que hacia los 9 años se han igualado en ToM Afectiva y aún no se diferencian en medidas de ToM cognitivas más avanzadas, ya que, como se ha comentado anteriormente, es a los 10 años cuando se adquiere el dominio para aplicar el razonamiento de segundo orden a la comprensión de actos comunicativos (González-Cuenca, 2007).

En el análisis realizado a los niños de 9-10 años, la habilidad de producción de mentira piadosa está relacionada significativamente con todas las ToM, además se obtienen resultados significativos en las siguientes tareas de ToM Cognitiva: Falsa Creencia de contenido de 2º orden y atribución de ignorancia al hablante, ambas repercuten en la habilidad para producir mentiras piadosas; los niños que no dañan sin mentir y que producen una mentira razonada tienen una ToM mayor que el resto de niños que responden una mentira piadosa. Esto refleja que se está produciendo un salto evolutivo y un mayor desarrollo en la comprensión de la mente para la producción de mentiras piadosas.

En la edad de 10 a 11 años, la habilidad de producción de mentira piadosa no revela datos significativos en relación con ToM, ya que se habría producido un pico en el desarrollo de la habilidad mentalista y todos los niños producen una mentira piadosa a la hora de responder a todas las tareas de ToM, ya que en esta edad es cuando se termina de adquirir esta habilidad (González-Cuenca, 2007). Por último, en el análisis realizado a los sujetos de 11 a 12 años, la habilidad de producción de mentira piadosa no muestra una relación significativa con ningún tipo de ToM, ni en ninguna tarea en concreto. Esto puede deberse a que ya se ha alcanzado el mayor desarrollo de la ToM en años anteriores y, por ello, las diferencias interindividuales a la hora de producir mentiras piadosas podría dejar de estar vinculada a las habilidades de Teoría de la mente.

Relación entre ToM y habilidad para decir mentiras piadosas según el género

Tras el primer análisis se reveló la igualdad entre sexos en la habilidad para producir mentiras piadosas, sólo en la categoría de respuesta de "mentira piadosa" se ve un mayor uso en niños, pero, como se ha comentado anteriormente, no es un dato muy significativo.

Analizando cada género de manera individualizada, primero se comentan los datos obtenidos en los análisis realizados a los chicos. En este caso, la habilidad de producción de mentira piadosa sólo muestra resultados significativos con los datos correspondientes a ToM Total y ToM cognitiva. Todos los niños que responden no dañando sin mentir frente a los que producen una mentira piadosa, tienen una mayor ToM Total y ToM Cognitiva.

Respecto a las niñas, la habilidad de producción de mentira piadosa sólo se encuentra relacionada con ToM Total; además ninguna tarea destaca ante otra, por lo que se puede llegar a la conclusión de que pueden estar más igualadas entre sí en las habilidades de ToM, tal y como se refiere en los estudios de Hughes y Dunn (1998) y de Hughes, Lecce y Wilson (2007), en el que los resultados muestran que las niñas suelen comprender estados mentales más sofisticados y también que desempeñan mejor algunas tareas de ToM (Carlson y Moses, 2001; Charman, Ruffman y Clements, 2002; Peterson, Slaughter y Paynter, 2007; Walker, 2005; Yagmurlu, Berument y Celimli, 2005).

Por lo tanto, se puede determinar que no existen diferencias entre géneros a la hora de producir una mentira piadosa, ni en la relación con la teoría de la mente, tal y como ocurrió en los estudios de Holmes, Black y Miller (1996), Jenkins y Astington (1996) y de Lundy (2013), en los que no había diferencias significativas entre niños y niñas en tareas de ToM.

En conclusión, este estudio se planteó responder a si existía relación entre el desarrollo de la teoría de la mente y la habilidad para decir mentiras piadosas, y si esta relación estaba a su vez vinculada a la edad y al género. Para alcanzar estos objetivos se administró a niños y niñas de 6 a 12 años una selección de tareas de ToM, las cuales comprenden ToM cognitiva y ToM afectiva; y una tarea de producción de mentira piadosa basada en el paragona del regalo no deseado.

Los resultados confirman la relación entre la habilidad para decir mentiras piadosas y la evolución de la teoría de la mente (Talwar, Gordon y Lee, 2007), en las edades comprendidas entre 6 y 12 años. A más edad y más evolución de ToM, más capacidad para decir mentiras piadosas. Durante los tramos de edad estudiados, 6-12 años, el desarrollo en la comprensión de la mente para la producción de mentiras piadosas pasa por diferentes fases de meseta y picos de desarrollo.

Respecto al desarrollo de ToM y producción de mentira piadosa según el género, se determina que ambos grupos son igual de capaces de producir mentiras piadosas independientemente del género.

Como conclusión final, se evidencia de nuevo la relación entre la capacidad para atribuir estados mentales (creencias, deseos, emociones o intenciones) y la habilidad para decir mentiras piadosas en las edades comprendidas entre los 6 y 12 años, pero no se ha demostrado la influencia del género en el desarrollo de la teoría de la mente y en la habilidad para decir mentiras piadosas en el tramo de 6 a 12 años. Los resultados encontrados son interesantes para el desarrollo de éxitos académicos y sociales.

5. Referencias bibliográficas

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bosacki, S. (2000). Theory of mind and self-concept in preadolescents: Links with gender and language. *Journal Of Educational Psychology*, 92(4), 709-717.
- Bradmetz J, Schneider R. The role of counterfactually satisfied desire in the lag between false-belief and false-emotion attributions in children aged 4-7. *British Journal of Developmental Psychology*. 2004; 22: 185-196.
- Bussey, K. (1992). Lying and Truthfulness: Children's Definitions, Standards, and Evaluative Reactions. *Child Development*, 63(1), 129.
- Bussey, K. (1999). Children's Categorization and Evaluation of Different Types of Lies and Truths. *Child Development*, 70(6), 1338-1347.
- Carlson, S. M. y Moses, L. J. (2001). Individual differences in inhibitory control and children's theory of mind. *Child Development*, 72(4), 1032-1053.
- Charman, T. Ruffman, T. y Clements, W. (2002). Is there a gender difference in false belief development? *Social Development*, 11(1), 1-10.
- Dvash, J. y Shamay-Tsoory, S. (2014). Theory of Mind and Empathy as Multidimensional Constructs. *Topics In Language Disorders*, 34(4), 282-295.
- Heyman, G., Sweet, M. y Lee, K. (2009). Children's Reasoning about Lie-telling and Truth-telling in Politeness Contexts. *Social Development*, 18(3), 728-746.
- Holmes, H. A., Black, C. y Miller, S. A. (1996). A cross-task comparison of false belief understanding in a Head Start population. *Journal of Experimental Child Psychology*, 63(2), 263-285.
- Hughes, C. y Dunn, J. (1998). Understanding mind and emotion: Longitudinal associations with mental-state talk between young friends. *Developmental Psychology*, 34(5), 1026-1037.
- Hughes, C., Lecce, S. y Wilson, C. (2007). "Do you know what I want?" Preschoolers' talk about desires, thoughts and feelings in their conversations with sibs and friends. *Cognition & Emotion*, 21(2), 330-350.
- Jenkins, J. M. y Astington, J. W. (1996). Cognitive factors and family structure associated with theory of mind development in young children. *Developmental Psychology*, 32(1), 70-78.
- Kalbe, E., Schlegel, M., Sack, A., Nowak, D., Dafotakis, M. y Bangard, C. et al. (2010). Dissociating cognitive from affective theory of mind: A TMS study. *Cortex*, 46(6), 769-780.
- Leanne Bosacki, S. (2000). *Theory of Mind and Self-Concept in Preadolescents: Links With Gender and Language*.
- Lee, K. (2000). Lying as doing deceptive things with words: A speech act theoretical perspective. In J. W. Astington (Ed.), *Minds in the making: Essays in honor of David R. Olson* (p. 177-196). Blackwell Publishing.
- Lee, K. (2013). Little Liars: Development of Verbal Deception in Children. *Child Development Perspectives*, 7(2), 91-96.
- Lewis, M., Stanger, C. y Sullivan, M. (1989). Deception in 3-year-olds. *Developmental Psychology*, 25(3), 439-443.

- Lundy, B. L. (2013). Paternal and maternal mind-mindedness and preschoolers' theory of mind: The mediating role of interactional attunement. *Social Development*, 22(1), 58–74.
- Mehrabian, A. y Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 523–543.
- Peterson, C. C., Slaughter, V. P. y Paynter, J. (2007). Social maturity and theory of mind in typically developing children and those on the autism spectrum. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1243–1250.
- Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *The Behavioral And Brain Sciences*, 4, 515-526.
- Shamay-Tsoory, S. G. (2011). The neural bases for empathy. *The Neuroscientist*, 17(1), 18–24.
- Talwar, V., Gordon, H. y Lee, K. (2007). Lying in the elementary school: verbal deception and its relation to second-order belief understanding. *Developmental Psychology*, 43, 804–810.
- Talwar, V., Murphy, S. y Lee, K. (2007). White lie-telling in children for politeness purposes. *International Journal Of Behavioral Development*, 31(1), 1-11.
- Talwar, V., Williams, S., Renaud, S., Arruda, C. y Saykaly, C. (2016). Children's Evaluations of Tattles, Confessions, Prosocial and Antisocial Lies.
- Talwar, V., Zwaigenbaum, L., Goulden, K., Manji, S., Loomes, C. y Rasmussen, C. (2012). *Lie-Telling Behavior in Children With Autism and Its Relation to False-Belief Understanding* (pp. 122-129).
- Walker, S. (2005). Gender differences in the relationship between young children's peer-related social competence and individual differences in theory of mind. *Journal of Genetic Psychology*, 166(3), 297–312.
- Yagmurlu, B., Berument, S. K. y Celimli, S. (2005). The role of institution and home contexts in theory of mind development. *Applied Developmental Psychology*, 26(5), 521–537.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

La relación entre la diferenciación del self y el apego adulto: Revisión bibliográfica

Trabajo de fin de grado de Beatriz López Vázquez,
tutorizado por Jesús Oliver Pece

Resumen

La diferenciación del self es un constructo multidimensional que hace referencia a la capacidad para la autorregulación emocional, que permite a la persona funcionar de manera individual y estar conectada emocionalmente con los demás. El apego es el vínculo afectivo que se crea con las personas de nuestro entorno más cercano, que busca cumplir nuestra necesidad de sentirnos próximos y seguros a lo largo de nuestra vida, favoreciendo nuestra supervivencia y proporcionando la estimulación necesaria en los niños para su correcto desarrollo. El objetivo de este trabajo es comprender la relación que existe entre la diferenciación del self y el apego adulto. Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica mediante los siguientes metabuscadores: Jabega UMA, Google Académico y APA PsycNET. Los estudios parecen coincidir en que existe una relación negativa entre la Diferenciación del Self y la ansiedad y la evitación en las relaciones de apego adulto, y unas relaciones positivas entre el corte emocional y la evitación, y entre la reactividad emocional y la ansiedad en el apego.

Palabras clave: apego, apego adulto, diferenciación del self, apego adulto y diferenciación del self.

Abstract

Differentiation of self is a multidimensional construct that refers to the capacity of emotional self-regulation, which allows a person to function individually and to be emotionally connected with others. Attachment is the emotional bond we create with the people of our close environment, which looks for our needs of feeling near and secure during our life, promoting our survival and providing the necessary stimulation in children for their correct development. The objective of the present study is to understand the relation that exist between differentiation of self and adult attachment. For the making of the present study, a bibliographic review was carried out with the following metasearch engines: Jabega UMA, Google Academics and APA PsycNET. The studies appear to agree in the existence of a negative association between Differentiation of Self and anxiety and avoidance in relationships of adult attachment, and positive association between emotional cutoff and avoidance, and among emotional reactivity and anxiety in attachment.

Keywords: attachment, adult attachment, differentiation of self, adult attachment and differentiation of self.

I. Introducción

1. Diferenciación del Self

La diferenciación del self es un constructo multidimensional que hace referencia a la capacidad para la autorregulación emocional. Se expresa en el grado en que una persona modula de forma adaptativa la vinculación y la autonomía en las relaciones interpersonales, y es capaz de equilibrar el funcionamiento emocional y el intelectual (Bowen, 1978; Skowron y Friedlander, 1998; Titelman, 1998).

Los sujetos con un alto nivel de diferenciación tienen una mayor autonomía, y, por tanto, menor fusión emocional en las relaciones íntimas, necesitando un menor índice de energía para mantener el Self en ella, utilizando la energía restante para la actividad dirigida a metas; a su vez, muestran una mayor capacidad para tolerar altos niveles de estrés sin que surjan síntomas. Se muestran más flexibles y autónomos, realizando una evaluación más realista de ellos mismos y estando mejor preparados para enfrentarse a cualquier situación estresante (Bowen, 1978).

Al contrario, quienes tienen un nivel bajo de diferenciación tienen una mayor probabilidad de vivir en una ansiedad constante, es decir, tienen la necesidad de implicarse en relaciones o situaciones que les hacen sentirse fusionados emocionalmente; sin embargo, también puede que quieran evitar la relación o situación debido a su incomodidad con la intimidad emocional. Asimismo, realizarían una evaluación de las distintas situaciones y relaciones del día a día con un locus de control externo, variable y en la mayoría de los casos irreal. Además, presentan con mayor facilidad síntomas incluso con niveles bajos de estrés y ansiedad (Bowen, 1978).

De esta manera, según Bowen (1978), en el ámbito intrapsíquico las personas con un nivel más alto de diferenciación tienen una mayor capacidad para distinguir sus pensamientos y emociones, siendo, por lo tanto, menos reactivas emocionalmente y teniendo una mayor capacidad de regular dichas emociones y de actuar de manera reflexiva. Al mismo tiempo, los individuos con menor grado de diferenciación tienden a confundir sus procesos cognitivos y emocionales. Por esta razón, son más reactivos emocionalmente y tienen una mayor dificultad para regular sus emociones. En el ámbito interpersonal los sujetos más diferenciados muestran una mayor capacidad para mantener su opinión y principios propios, siendo respetuosos al mismo tiempo con los de los demás y manteniendo lazos significativos con éstos.

Según Oliver y Berástegui (2019), la diferenciación del self consta de cinco dimensiones:

- a) *Reactividad emocional*: tendencia de una persona a responder a los estímulos del medio con respuestas emocionales automáticas en lugar de reflexivas, siendo, por lo tanto, más variables.
- b) *Posición del Yo*: grado en que una persona dispone de un claro y definido sentido del Self, y mantiene sus principios y opiniones de manera reflexiva, incluso en las situaciones en las que los demás les presionan para hacer lo contrario.
- c) *Fusión con los otros*: tendencia a sentir, pensar y actuar como los demás, debido a la necesidad de aprobación constante, compartiendo pocas veces su propia opinión, evitando así los conflictos.
- d) *Dominio de los otros*: tendencia a adoptar posturas dogmáticas, imponer la opinión a los demás, tener poca tolerancia de las diferencias de opinión e intentar influir emocionalmente a los demás para que se acomoden a los intereses propios.
- e) *Corte emocional*: tendencia a evitar la intimidad, mediante la distancia física o emocional.

Bowen diferencia entre dos tipos de Self: el básico y el Pseudo-Self; siendo el primero el "verdadero" Self, el cual es estable, determina a largo plazo la manera de funcionar de una persona o familia y, además, condiciona la variabilidad del Pseudo-Self, es decir, a mayor grado de Self básico, las oscilaciones en el nivel del Self funcional serán menos frecuentes y de menor intensidad (Rodríguez-González y Martínez, 2015).

Como señalan Rodríguez-González y Martínez (2015), el porcentaje de Self básico que desarrolla una persona se determina principalmente en la etapa de la infancia y termina de definirse en la etapa adulta, determinando el estilo de vida y las distintas formas que va a tener la persona de vincularse a lo largo de toda su vida. Los factores que lo determinan son los siguientes:

1. El grado de Self básico de los progenitores y, también el de las generaciones anteriores a éstos, en las familias de origen respectivas.
2. El grado de ansiedad crónica presente en la familia en el momento del nacimiento del sujeto y durante las etapas de la infancia y adolescencia.
3. Las relaciones de la familia nuclear con otros sistemas, como la familia externa al grupo principal (con el que se convive de manera diaria), o una red social segura, siendo las relaciones de amistad y trabajo.

También cabe señalar que la Diferenciación del Self nos ayuda a entender la forma en la que se relacionan los miembros de una familia. Siguiendo el postulado de Bowen, cuando en una familia se observa un nivel bajo de diferenciación, el nivel de reactividad emocional y fusión entre sus miembros es alto, por lo que las experiencias emocionales de cualquiera de sus componentes van a producir, a su vez, una influencia en los demás, lo que hace a la familia más vulnerable a situaciones desfavorables y de estrés que pueda experimentar. En cambio, las familias en las que los integrantes tienen un nivel de Diferenciación del Self más alto tendrán una mayor capacidad para mantenerse vinculadas, existiendo verdaderas relaciones de apoyo e intimidad los unos con los otros (Rodríguez-González y Martínez, 2015).

Bowen además postula que las personas más diferenciadas tienen menor sintomatología física y psicológica y unas relaciones más funcionales; si unimos este postulado con lo anteriormente citado, como señalan Rodríguez-González y Martínez (2015), el sistema emocional familiar afecta de manera significativa a la forma en que las personas se adaptan al estrés, factor que es la base de disfunciones físicas, psicológicas y sociales.

Varios estudios empíricos han apoyado los diferentes postulados, encontrando una relación entre niveles bajos de Diferenciación del Self con niveles altos de ansiedad (Barber, Drake, Marszalek y Murdock, 2015; Peleg y Tzischinesky, 2015; Skowron, Stanley y Shapiro, 2009). Por otra parte, otras investigaciones han demostrado el gran impacto de la Diferenciación del Self en el bienestar psicológico y en la manera de manejar la ansiedad en una muestra en Filipinas, concordando con los hallazgos de otra muestra en Estados Unidos (Friedlander y Tuason, 2000). Otro estudio que demuestra la correlación entre la Diferenciación del Self y el bienestar es el de Skowron, Holmes y Sabatelli (2003), viendo la relación entre cada uno de los componentes de la Diferenciación del Self con el bienestar en la etapa adulta.

La Diferenciación del Self no solo ha mostrado estar relacionada con el bienestar psicológico, sino también con unas relaciones sociales más funcionales y satisfactorias (Dolz-del-Castellar y Oliver, 2021; Skowron, 2000), unos niveles más altos de ajuste psicológico, autocontrol y autorregulación emocional (Duch, Oliver & Skowron, 2020), perdón interpersonal y satisfacción marital y con la vida (Dean, DeShea, Duba y Holeman, 2011; Krycak, Murdock y Marszalek, 2012; Murdock y Ross, 2014; Sandage y Jankowski, 2010; Skowron y Dendy, 2004; Williamson, Sandage y Lee, 2007).

2. Apego Adulto

El apego es un vínculo que se da con algunas personas cercanas a nuestro entorno, y que responde a una de las necesidades humanas básicas: sentirse seguro, en un ambiente protegido, con una o varias personas que sabemos incondicionales, disponibles y eficaces, y que las establecemos como base segura (López y Ortiz, 2008).

López (2008) señala que la tendencia del ser humano a tener unión, intimidad y placer en las distintas relaciones interpersonales que establecemos, se corresponde con tres grandes necesidades primarias, que no son aprendidas:

1. Necesidad de establecer vínculos afectivos percibidos como incondicionales y duraderos: apego.
2. Necesidad de mantener una red de relaciones sociales: amigos, conocidos y pertenencia a una comunidad.
3. Necesidad de contacto físico placentero: actividad sexual asociada al deseo, atracción y/o enamoramiento.

De esta forma, López y Ortiz (2008) definen el apego como la relación interpersonal afectiva con los individuos que complacen las necesidades básicas anteriormente citadas, siendo el vínculo más afectivo y estable a lo largo de todo el ciclo vital.

Como postula López (2008), no se puede entender de manera adecuada el apego si no tenemos en cuenta su función adaptativa:

1. Favorecer la supervivencia: La especie humana se ha adaptado, intentando eludir los peligros y asegurar las ayudas necesarias.
2. Proporcionar una base de seguridad.
3. Ofrecer y regular la cantidad y calidad de estimulación necesaria para un niño en su desarrollo, sobre esta estimulación es sobre la que se fundamentan las bases de la comunicación y el desarrollo mental, de esta manera, las adecuadas relaciones de apego promueven la salud psíquica y física.
4. Favorecer el desarrollo social: gracias a estas figuras el niño aprende a comunicarse con los demás (experimentar la empatía, desarrollar el conocimiento social, disponer de modelos de observación y establecer identificaciones).

Al mismo tiempo, cabe recalcar la importancia que da Bowlby (1969) a los Modelos internos del apego, o, también llamados Representaciones mentales, que son el mecanismo por el que las experiencias que se dan a una edad temprana, es decir, durante la etapa infantil, afectan al individuo durante todo su ciclo vital. Bowlby postula que para poder controlar y, por lo tanto, también predecir su entorno, los seres humanos hacen uso de un esquema de ambiente, al que llama modelo ambiental, y otro esquema de sus propias habilidades y potenciales, que es el modelo organísmico. Piensa que estos esquemas o modelos internos son una especie de plano a seguir que usamos para poder predecir o simular las conductas de las demás personas en las interacciones sociales, y de esta manera organizar nuestra propia conducta, logrando en consecuencia nuestros propios objetivos y metas.

Se da explicación a estas representaciones mentales a través del historial de relaciones que haya mantenido el niño, el niño explora en sus relaciones por medio de distintas conductas (como las demandas de atención y consuelo) y va creando dichas representaciones mentales. En los casos en los que los cuidadores principales, que suelen ser los padres, ayudan en las distintas interacciones que establecen los hijos y se muestran cooperativos, lo habitual es que estos hijos desarrollen modelos internos que les permitan tener relaciones positivas con los demás, explorar su entorno con confianza y seguridad, y tener sensación de dominio.

Como apunta Bretherton (1985), los modelos internos hacen que podamos enfrentarnos a la gran variedad de nuevas situaciones que se nos van presentando de manera diaria con la ventaja que nos proporciona la experiencia previa. Bretherton postula que los modelos que se establecen en la etapa infantil siguen siendo de gran importancia y que ejercen influencia a lo largo de todo el ciclo vital del sujeto, pero que se van ajustando según las experiencias de éste. También considera que es de gran relevancia la revisión de los modelos, principalmente en la infancia, debido a que en esta etapa el desarrollo, en todos los ámbitos, se produce con mayor rapidez y el cambio es la norma. Sin embargo, Bowlby (1969) mantiene que los cambios en los modelos internos suelen ser poco significativos. Por lo que Bowlby no apoya que los modelos se mantengan estables durante todo el ciclo vital, sino que las experiencias que se adquieren en la infancia con los cuidadores principales tienen una gran importancia sobre los modelos desarrollados en esta etapa y en etapas posteriores. De esta forma, los niños que hayan tenido cuidadores abiertos y sensibles tenderán a desarrollar modelos basados en la creencia de que son merecedores del recibimiento de cuidados y, a su vez, que pueden confiar en los demás. Si el patrón de cuidado que muestran los padres o principales cuidadores se mantiene a lo largo de toda la etapa de la infancia, se espera que los modelos se solidifiquen debido a la constante repetición de la experiencia (Feeney y Noller, 2001).

Feeney y Noller (2001) sostienen que el apego, con su modelo interno correspondiente, da forma a las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales que manifestamos ante los demás:

a) Patrones de respuesta cognitiva:

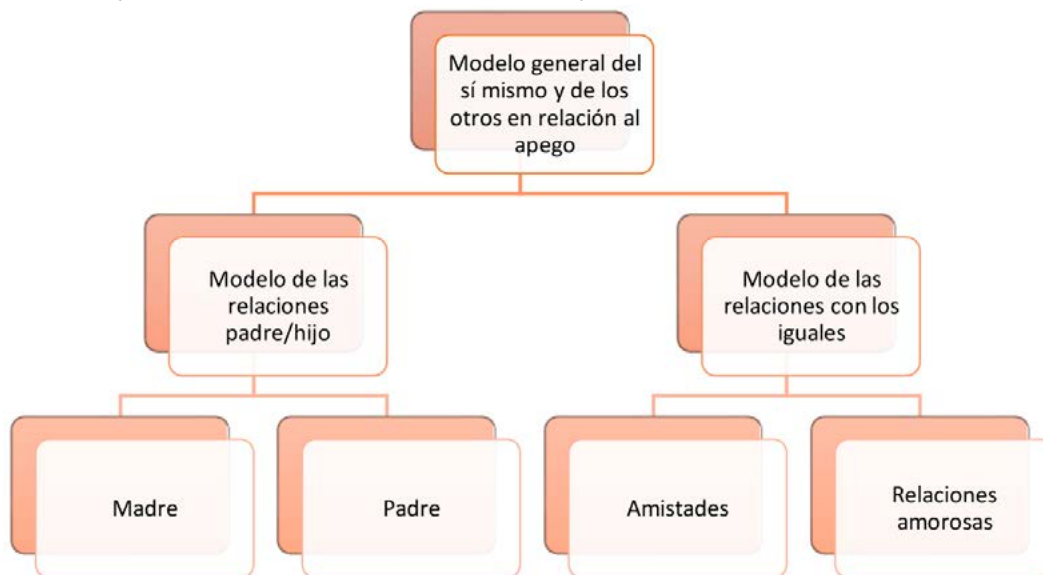
- A través de la atención selectiva, haciendo que prestemos atención a ciertos detalles de los estímulos y que omitamos otros; por ejemplo, las personas que hayan visto como impredecible la actuación de sus cuidadores (en referencia a si van a acudir en caso de necesidad), tienden a mostrarse con mayor motivación para buscar la aprobación y evitar el rechazo, exponiendo una mayor tendencia a ser sensibles a cualquier sugerencia, crítica o rechazo y reaccionar de manera desproporcionada.

- Generando variantes en la codificación y recuperación de los recuerdos (las personas cuyos cuidadores principales no han sabido proporcionarles una base segura, que hayan perdido a seres queridos o hayan sido víctimas de abusos por parte de ellos, tienden a recordar con mayor detalle las experiencias dolorosas antes que cualquier otra experiencia o momento en el que se hayan sentido bien o haya sido positivo).
 - A través de la influencia que produce sobre los procesos de inferencia y explicación, la manera en la que los individuos dan sentido a sus relaciones.
- b) Patrones de respuesta emocional: tanto en la evaluación primaria como en el procesamiento cognitivo posterior. En el primer caso, la persona que sea más sensible a los hechos que indiquen rechazo por parte de los demás y que tengan como objetivo crear cercanía e intimidad, habrá una alta probabilidad de que reaccione con un alto nivel de estrés ante ciertos estímulos, como, por ejemplo, que su pareja llegue tarde, no le llame u olvide una ocasión especial. En el segundo caso, un ejemplo serían las personas deprimidas, que muestran una mayor tendencia a fijarse en datos que confirman su estado de ánimo negativo, como en sus fracasos, ignorando sus éxitos.
- c) Patrones de respuesta conductual: aquellas personas que hayan experimentado distintas maneras de cuidados por parte de los padres o cuidadores principales se comportarán de diferentes maneras, porque piensan y se sienten de manera distinta (Collins y Read, 1994). Que un individuo “se vaya a casa de su madre” cada vez que tiene una discusión con su pareja podría ser un ejemplo de estrategia almacenada, y que haya evolucionado como estrategia en la infancia y adolescencia y se haya mantenido en la vida adulta. En el presente, esto podría afectar a la decisión del sujeto en cuanto a si debería hablar de manera abierta con su pareja de sus problemas o evitar el tema.

Los componentes y las funciones principales del apego son permanentes a lo largo del ciclo vital, como el deseo de proximidad, tener contacto privilegiado, el sentimiento de bienestar y seguridad asociado a la presencia de la figura de apego, la ansiedad por la separación, etc. Lo que cambia son las formas de mantener la proximidad, las conductas en que se expresa el contacto privilegiado, y las personas hacia las que se dirige.

Como señalan Collins y Read (1994) y se refleja en la Figura 1, la conducta de apego se va desplazando de manera progresiva de los cuidadores principales a los iguales, siendo estos últimos las amistades o una relación amorosa.

Figura 1
Estructura jerárquica de los modelos internos (Collins y Read, 1994)



Como se ha expresado anteriormente, aunque el apego siga cumpliendo las mismas funciones a lo largo de todo nuestro ciclo vital, cambia la manera en la que establecemos dichas relaciones, el contenido del modelo mental, los sentimientos y la conducta, por lo que tiene sentido diferenciar el apego infantil del apego adulto (López, 2008):

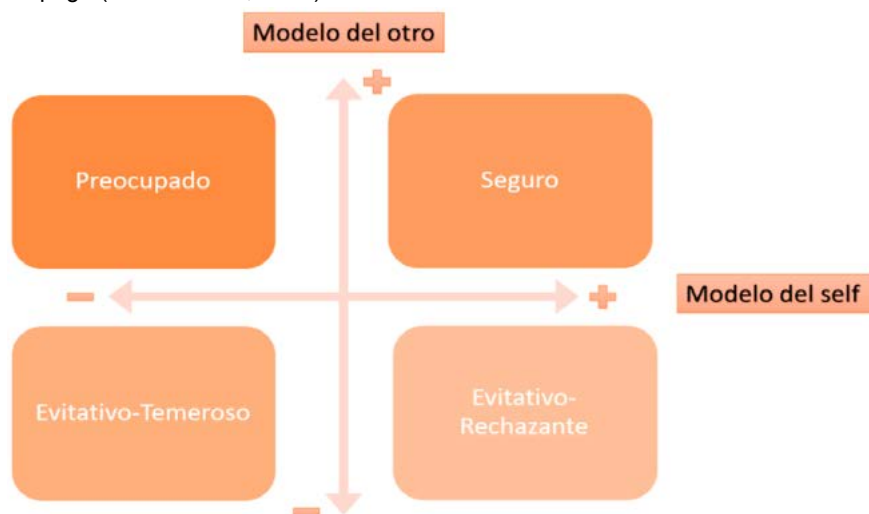
- a) El vínculo de apego que establecen los niños con su cuidador principal es una relación asimétrica y complementaria al sistema de cuidados; por el contrario, el apego entre adultos tiende a ser recíproco y simétrico.
- b) El apego niño-cuidador principal es el único vínculo afectivo de importancia que tiene el niño. En cambio, en la vida adulta el apego se suele dar junto con otros vínculos como, por ejemplo: el de la amistad y los sexuales, además de los asociados al sistema de cuidados.
- c) Las formas de buscar y mantener la cercanía son distintas, esto es debido a que los adultos suelen comprender mejor que la distancia, ya sea física o emocional, no conlleva lejanía ni pérdida de disponibilidad. De la misma manera, las formas de protesta ante la separación tampoco son iguales, ya que los adultos tienen más recursos para expresar sus quejas.
- d) Las conductas de apego conforme vamos avanzando en la etapa adulta, se van haciendo cada vez menos frecuentes, esto es debido a que se establece un vínculo de apego de mayor importancia en las situaciones difíciles, y éstas no se suelen dar con tanta frecuencia como en las etapas anteriores. A esto hay que añadir que hay conductas de apego que conllevan intimidad y tienden a evitarse en público.
- e) El modelo mental de las figuras de apego es más estable y complejo que en la infancia, ya que los adultos han tenido más experiencias y son más constantes.
- f) La aflicción se manifiesta con menor frecuencia de manera externa en los adultos, sobre todo en público; esto se debe a las normas sociales sobre la manifestación de las emociones y la mayor capacidad de autocontrol emocional.

Hay varios modelos que clasifican de distinta manera los tipos de Apego Adulto existentes. Uno de los modelos más destacados es de Bartholomew y Horowitz (1991).

Según Bartholomew (1990), los modelos del sí mismo pueden dicotimizarse como positivos (se cree que uno se merece amor y atención) o negativos (se cree uno no los merece). Del mismo modo los modelos de la figura de apego pueden ser positivos (se cree que el otro está disponible y se preocupa por uno) o negativos (se cree que el otro rechaza, se muestra distante o no se preocupa por uno) (Pinedo y Santelices, 2009).

De esta manera, como se puede ver en la Figura 2, adaptada por Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola y Murieta (2001), se distinguen cuatro tipos de apego: seguro, que tiene una idea positiva de sí mismo y de los demás; evitativo-rechazante, con una idea positiva de sí mismo y negativa de los demás; preocupado, con una idea de sí mismo negativa y una idea positiva de los demás; y, por último, evitativo-temeroso, con una idea tanto del self como de los otros negativa (Bartholomew y Horowitz, 1991).

Figura 2
Estilos de apego (Bartholomew, 1990)



El segundo modelo a destacar es el más reciente, el Modelo de Brennan, Clark y Shaver (1998), el cual describe el apego en función de dos dimensiones: ansiedad y evitación. En su estudio encontraron que estos dos factores respaldaban todas las medidas propuestas hasta el momento para evaluar los distintos estilos de apego, y demostraron que estas dos dimensiones son similares a las que propuso Bartholomew (1990) en el modelo descrito anteriormente (Alonso-Arbiol, Shaver y Yárnoz, 2002).

Como verificaron Brennan et al. (1998), el factor de ansiedad está relacionado con la dimensión “Modelo del self” de Bartholomew; y el factor de evitación estaría enlazado con el “Modelo de los otros”. De esta forma el Modelo de Brennan et al. (1998) pasa de clasificar el estilo de apego por etiquetas a una visión más actualizada mediante el continuo de las dos variables previamente descritas: ansiedad y evitación.

Por otra parte, todos los postulados señalados tienen su apoyo en estudios empíricos. Por ejemplo, en la investigación de Mikulincer y Shaver (2007) muestra la asociación entre apego seguro y la salud psicológica y social, la regulación de emociones, el autocontrol, el manejo de conflictos y la expresión funcional de la ira.

Pierce, Sarason y Sarason (1992) llevaron a cabo un experimento en el que todos los niños de un grupo recibieron una nota, simulando que era una nota que les habían puesto sus madres; aunque las notas eran idénticas, los niños las interpretaban de maneras diferentes en función de su percepción del apoyo que tenían por parte de sus madres. Los que pensaban que no podían contar con sus madres creían que las notas eran mucho menos favorables que aquellos que tenían creencias más positivas sobre su disponibilidad.

Shiota, Keltner y John (2006) encontraron asociaciones negativas entre las dimensiones de ansiedad y evitación y distintas emociones positivas, es decir, a menos emociones positivas mayor probabilidad de ansiedad y evitación. Además, se observó la asociación entre los distintos estilos de apego descritos por Bartholomew y Horowitz y las variables alegría, satisfacción, orgullo, amor, compasión, diversión y temor. En concreto, el estilo de apego seguro estaba asociado positivamente con todas estas variables; el estilo evitativo-rechazante estaba asociado de manera positiva con la alegría, satisfacción, orgullo, diversión y temor; el estilo de apego preocupado estaba asociado de manera positiva sólo con la compasión; y el estilo de apego evitativo-temeroso estaba asociado de forma negativa con todas estas variables.

Por otro lado, Borondo y Oliver (2021) también observaron que la ansiedad y la evitación en el apego estaban relacionados negativamente con la autoestima. Asimismo, Wei, Vogel, Ku y Zakalik (2005) observaron que la dimensión de ansiedad estaba relacionada con un estado anímico negativo. Finalmente, también se encontraron resultados que indicaban que los individuos con un estilo de apego inseguro tendían a notificar un mayor número de respuestas traumáticas ante situaciones de estrés (Armour, Elklit, y Shevlin, 2011).

II. Objetivo

En el presente estudio se pretende recopilar las distintas investigaciones de los últimos 20 años que muestren las similitudes y correlación entre las dos variables descritas, es decir, Diferenciación del Self y Apego adulto, y la aplicación clínica que podría tener esta correlación.

III. Método

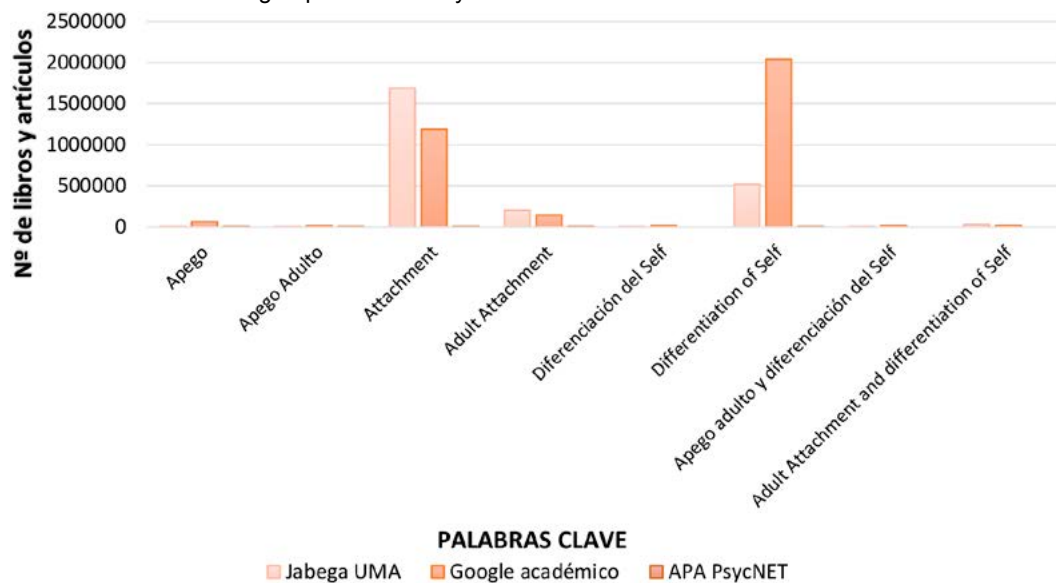
Para la realización del estudio se utilizaron los siguientes buscadores y metabuscadores:

- Jabega UMA
- Google Académico (GA)
- APA PsycNET (APA)

En todos ellos se utilizaron las siguientes palabras clave, indicando seguidamente el número de resultados (ver Figura 3):

- Apego: Jabega: 8.373; GA: 64.300; APA: 14)
- Apego adulto: Jabega: 628; GA: 15.400; APA: 2
- Attachment: Jabega: 1.688.579; GA: 1.190.000; APA: 2.430
- Adult attachment: Jabega: 203.179; GA: 145.000; APA: 1.021
- Diferenciación del Self: Jabega: 1.234; GA: 17.300; APA: 0
- Differentiation of Self: Jabega: 518.186; GA: 2.040.000; APA: 307
- Apego adulto y diferenciación del self: Jabega: 21; GA: 16.900; APA: 0
- Adult attachment and differentiation of Self: Jabega: 28.406; GA: 17.900; APA: 0

Figura 3
Número de artículos según palabra clave y metabuscador



IV. Estudios sobre la relación entre la diferenciación del self y el apego adulto

Estudios recientes han encontrado asociaciones significativas entre la Diferenciación del Self y el Apego Adulto. Por ejemplo, los niveles altos de Diferenciación del Self están asociados positivamente con un estilo de apego seguro (Thorberg y Lyvers, 2006; Timm y Keiley, 2011), y asociados negativamente con las dimensiones de ansiedad y evitación en las relaciones de apego (Borondo y Oliver, 2021; Skowron y Dendy, 2004; Thorberg y Lyvers, 2006).

Concretamente, en los resultados del estudio de Thorberg y Lyvers (2006) se observó que los individuos con una mayor puntuación en la dimensión de ansiedad y dependencia mostraban niveles más bajos en la escala DSI (Differentiation of Self Inventory).

En la misma línea, los resultados del estudio de Xue et al. (2018) encontraron que la dimensión de ansiedad estaba asociada de manera negativa con los niveles de Diferenciación del Self, concreta y mayormente con el corte emocional. En cambio, estaba relacionado de manera positiva y más notoria con la Reactividad emocional.

Los individuos que muestran niveles más altos en Corte Emocional, componente de la Diferenciación del Self, corresponden con los adultos con conductas más evitativas (Oliver, 2020; Xue et al., 2018).

De manera similar, Borondo y Oliver (2021) hallaron que la diferenciación del self estaba relacionada negativamente con la ansiedad y la evitación, y que la reactividad emocional estaba relacionada positivamente con la ansiedad en el apego, mientras que el corte emocional estaba relacionado positivamente con la evitación.

Los resultados de Skowron y Dendy (2004) mostraron que la dimensión de ansiedad en pareja está explicada en un 40% por la reactividad emocional, fusión con los otros y corte emocional, teniendo la reactividad emocional mayor importancia. Por otra parte, en sus resultados también se observa que las puntuaciones en la dimensión de evitación de las relaciones de apego se explican un 62% por el corte emocional.

Barry, Lakey y Orehek (2007) encontraron que tanto la dimensión de ansiedad como la de evitación estaban correlacionados con altos niveles de afecto negativo y bajos niveles de afecto positivo en comparación con las personas que mostraban tener un estilo de apego seguro; así, una alta puntuación en ansiedad predice un estado anímico o "mood" negativo (Wood, Werner-Wilson, Parker y Perry, 2012).

De manera similar, Tasca et al. (2009) observaron que la reactividad emocional (dimensión de la Diferenciación del Self) es mediadora de la relación entre ansiedad, depresión y síntomas de desórdenes alimenticios; al mismo tiempo los resultados demostraron que la dimensión "Corte emocional" media la relación entre evitación y depresión.

En el estudio de Blatt y Levy (2003) califican la relación entre la Diferenciación del Self y el Apego adulto como fundamental para entender el desarrollo de la personalidad; en dicho estudio se comprobó que los sujetos con altos niveles de ansiedad y/o evitación tendrían más problemas interpersonales y una peor representación mental de sí mismos y, por lo tanto, menor Diferenciación del Self. A su vez, relacionan esto con los Trastornos de personalidad dependientes, teniendo en cuenta las relaciones interpersonales, trastorno de la personalidad paranoide, obsesivo-compulsiva y la depresión.

En el estudio de Oliver (2020), realizado con una muestra de personas adultas adoptadas, los resultados muestran que la ansiedad en apego está asociada negativamente con la Diferenciación del Self, y de manera positiva con la reactividad emocional, el dominio de los otros y la fusión con los otros; asimismo, se observó que la evitación en el apego está asociada negativamente con la Diferenciación del Self, concretamente, de manera positiva con las dimensiones corte emocional y fusión con los otros. Además, se halló que la reactividad emocional predecía en un 22% la ansiedad en el apego, mientras que el corte emocional predecía en un 58% la evitación.

Por otra parte, Timm y Keiley (2011) encontraron en su estudio que la Diferenciación del Self y la seguridad del Apego Adulto estaban relacionadas de manera positiva y significativa, dando explicación al 25% de la varianza de la comunicación sexual.

En el estudio de Hainlen, Jankowski, Paine y Sandage (2016), coincidiendo con el estudio de Demidenko, Taska, Kennedy y Bissada (2010), hallaron que puntuaciones altas en las dimensiones de ansiedad y evitación están asociadas con niveles bajos de Diferenciación del Self y, al mismo tiempo niveles bajos en la Diferenciación del Self se asocian con niveles más bajos de “perdón interpersonal”, “emociones positivas” y “compromiso social de la justicia”.

Además, los resultados del estudio de Hainlen et al. (2016) mostraron que niveles altos de evitación se correlacionan con niveles altos de corte emocional, estando asociado al mismo tiempo con un estado anímico negativo, estos resultados apoyan los del estudio de Wei et al. (2005).

Exactamente, el estudio de Wei et al. (2005) señala que la reactividad emocional es mediadora de la dimensión ansiedad y, el corte emocional es mediador de la evitación. De manera específica, la reactividad emocional y corte emocional explicaron el 36% de la variación en el estado de ánimo negativo; y el apego, la reactividad emocional y el corte emocional explicaron el 75% de la variación en los problemas interpersonales.

Lampis y Cataudella (2019) observaron que las variables con mayor importancia para predecir la dimensión de ansiedad son la reactividad emocional y niveles bajos de cuidado paternal; y que la variable de mayor importancia para predecir la dimensión de evitación en las relaciones de apego adulto, es la dimensión corte emocional de la Diferenciación del Self.

Skowron y Dendy (2004) consideran que la Diferenciación del Self y el apego dan respuesta a la influencia que ejercen las experiencias relacionales originales en la familia en las habilidades de regulación de las emociones. Además, en el estudio posterior de Skowron et al. (2009) se recuerda que las relaciones positivas en la familia favorecen un nivel alto de diferenciación del Self al mismo tiempo que un apego seguro y, a su vez, estas relaciones favorables hacen que haya menos ansiedad crónica (Skowron y Friedlander, 1998), mayor satisfacción de las relaciones interpersonales (Skowron, 2000), menos problemas interpersonales (Wei et al., 2005), y menos violencia en las relaciones (Bartle-Haring, Rosen, y Stith, 2001; Skowron y Platt, 2005).

Posteriormente, los resultados del estudio de Demidenko et al. (2010) son consistentes con una teoría basada en el desarrollo, que sugiere que las dimensiones de apego creadas durante las primeras experiencias familiares tienen un impacto en la calidad del autoconcepto, lo que a su vez impacta directamente en la identidad. Estos resultados a su vez se apoyan en el estudio de Barone y Guiducci (2009), que encontraron un alto nivel de evitación en personas con desórdenes alimenticios; el estudio de Demidenko et al. (2010) añade la variable de la diferenciación del Self.

En la Tabla 1 se muestran los resultados de los estudios que han encontrado correlaciones significativas entre el nivel de Diferenciación del Self y el estilo de Apego Adulto:

Tabla 1

Nombre del artículo	Rango de edad (media, desviación estándar)	Muestras (hombres, mujeres)	Resultados
Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities (Thorberg y Lyvers, 2006)	M = 36 DE = 10.2	N = 158 (porcentajes de género no disponibles)	Individuos con mayor puntuación en las dimensiones de ansiedad y dependencia demostraron menor puntuación en la escala DSI
The effects of differentiation of self, adult attachment, and sexual communication on sexual and marital satisfaction: A path analysis (Timm y Keiley, 2011)	M = 38 DE = 11	N = 205 H = 100 M = 105	Correlación significativa entre la Diferenciación del self y apego adulto ($r = .52$)
Differentiation of Self and attachment in adulthood: Relational correlates of effortful control (Skowron y Dendy, 2004)	M = 37.12 DE = 11.85	N = 225 M = 177 (79%) H = 47 (21%)	Relaciones significativas entre Diferenciación del self y ansiedad ($r = -.60$) y evitación ($r = -.22$), con mayores asociaciones entre evitación y corte emocional ($r = -.78$), y ansiedad y reactividad emocional ($r = -.60$)
Associations of differentiation of self and adult attachment in individuals with anxiety-related disorders (Xue et al., 2018)	M = 35.6 DE = 11	N = 231 (porcentajes de género no disponibles)	Relación significativa entre Diferenciación del self y ansiedad ($r = -.5$) y Diferenciación del Self y evitación ($r = -.06$)
Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies (Tasca et al., 2009)	No disponible	N = 310 H = 0 M = 310	Individuos con mayores niveles de ansiedad muestran mayor reactividad emocional ($r = -.68$)
Adult Attachment and Well-Being: Dimensions of Differentiation of Self as Mediators (Hailen, Jankowski, Paine y Sandage, 2016)	M = 34.66 DE = 10.81	N = 209 H = 47.8% M = 51.2%	Correlación significativa entre dimensión de ansiedad con reactividad emocional ($r = -.55$), con posición del yo ($r = -.41$), corte emocional ($r = -.49$) y fusión con los otros ($r = -.51$); y dimensión de evitación con corte emocional ($r = -.23$), posición del yo ($r = -.15$), reactividad emocional ($r = -.68$) y fusión con los otros ($r = -.31$)
The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder (Demidenko, Tasca, Kennedy y Bissada, 2010)	No disponible	N = 330 H = 0 M = 330	Correlación significativa entre diferenciación del Self con la dimensión de ansiedad ($r = -0.70$) y evitación ($r = -.26$)
Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff (Wei, Vogel, Ku y Zakalik, 2005)	M = 19.88 DE = 2.26	N = 229 M = 148 (65%) H = 70 (31%) No definido = 11 (5%)	La reactividad emocional es mediadora de la dimensión de ansiedad ($r = .39$) y el corte emocional es mediador de la dimensión evitación ($r = .33$). La reactividad emocional y corte emocional explicaron el 36% de la variación en el estado de ánimo negativo; con los problemas interpersonales estaban relacionadas la dimensión de ansiedad ($r = .35$), la dimensión de evitación ($r = .43$), reactividad emocional ($r = .28$), el corte emocional ($r = .30$) y el estado anímico negativo ($r = .15$)
Adult Attachment and Differentiation of Self-Constructs: A Possible Dialogue? (Lampis y Cataudella, 2019)	No disponible	N = 350 (porcentaje de género no disponible)	Las variables con mayor importancia para predecir la ansiedad son la reactividad emocional y los niveles bajos de cuidado paternal; la más importante para predecir la evitación es el corte emocional.
Variables familiares relacionadas con la diferenciación del self y el apego de las personas adultas adoptadas (Oliver, 2020)	M = 30.61 DE = 10.10	N = 50 M = 43 (86%) H = 7 (14%)	La ansiedad en el apego está relacionada negativamente con la Diferenciación del Self, y positivamente con la reactividad emocional, el dominio de los otros y la fusión con los otros; la evitación en el apego está asociada negativamente con la Diferenciación del Self, y positivamente con el corte emocional y la fusión con los otros. La reactividad emocional predecía en un 22% la ansiedad en el apego, el corte emocional predecía en un 58% la evitación.
La diferenciación del self y su relación con el apego adulto y la autoestima (Borondo y Oliver, 2021)	M = 45.03 DE = 14.35	N = 150 M = 120 (80%) H = 30 (20%)	Relaciones significativas de la Diferenciación del self con la ansiedad ($r = -.52$) y la evitación ($r = -.33$), y entre la reactividad emocional y la ansiedad ($r = .44$), y entre el corte emocional y la evitación ($r = .48$)

V. Discusión y conclusiones

Tanto la teoría de la Diferenciación del Self de Bowen (1978) como la Teoría de Bowlby sobre el apego (1969) reflejan una crucial importancia en los constructos interpersonales, salud y enfermedad psicológica, por lo que se espera que estén entrelazadas. Además, tanto el apego adulto como la Diferenciación del Self se refieren a una capacidad individual de regulación emocional en relaciones interpersonales, sabiendo, por otra parte, que las experiencias de apego inseguro y los niveles bajos de diferenciación del Self, ambos corresponden al incremento del uso disfuncional de estrategias sociales (Hainlen et al., 2016).

El apego se define por las relaciones con los cuidadores principales que tienen comienzo en la infancia, que se mantienen y contribuyen a los procesos que conducen a cierto nivel de Diferenciación de uno mismo, y a su vez están influenciados por los niveles de Diferenciación de los miembros de la familia de origen (Xue et al., 2018).

Gracias a las investigaciones anteriormente nombradas se puede observar que intervienen de manera recíproca en la evolución de cada una (Skowron y Dendy, 2004; Timm y Keiley, 2011) y que ambas son necesarias para entender el desarrollo de la personalidad (Blatt y Levy, 2003), pero además, las investigaciones indican que ambas están relacionadas con una buena salud psicológica y social (Tasca et al., 2009), el uso correcto de buenas estrategias de relación interpersonal (Hainlen et al., 2016), niveles altos de afecto positivo (Barry et al., 2007) y mayor satisfacción en las relaciones de pareja en concreto e interpersonales en general (Dolz-del-Castellar y Oliver, 2021; Skowron, 2000; Timm y Keiley, 2011), mejor autocontrol y regulación de emociones (Duch, Oliver y Skowron, 2021; Skowron y Dendy, 2004), mejor autoconcepto de uno mismo (Borondo y Oliver, 2021; Demidenko et al., 2010) y, en consecuencia, un estado anímico positivo (Wood et al., 2012).

El grado de similitud entre ambas variables tiene importantes implicaciones para el ámbito clínico y de la investigación; haciendo referencia no solo a terapias ya existentes y las posibles resultantes de la relación entre el Apego Adulto y la Diferenciación, sino también aplicaciones en el propio terapeuta y usuarios sin diagnóstico de algún trastorno.

Teniendo en cuenta que ambas variables pueden modificar la resistencia de las personas a situaciones de estrés y ansiedad, habría cambios en terapias dedicadas a los trastornos de ansiedad generalizada, fobias (específica, social, ansiedad por separación), trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de apego reactivo, trastorno de la relación social desinhibida, crisis de angustia y trastornos de pánico, depresión, trastornos de alimentación, abusos sexuales (Langton, Murad, y Humbert, 2015), etc.

Una terapia focalizada en el apego y la diferenciación del Self pueden ofrecer mejoras para las personas con desórdenes alimenticios que tengan problemas de identidad, de autoconcepto, autoeficacia y la propia estima (Tasca, Mikail, y Hewitt, 2005). Si la terapia se centra en la creación de un apego seguro y una mayor Diferenciación del Self también ayudaría a reducir los niveles de ansiedad y, por lo tanto, se reducirían los niveles de estrés y los síntomas que conllevan, llegando a una mejor salud tanto psicológica como física (Skowron y Dendy, 2004; Xue et al., 2018). Como explica el estudio de Thorberg y Lyvers (2010), una terapia que tenga en cuenta tanto la Diferenciación del Self como el estilo de apego, no solo sería de gran importancia en los aspectos anteriormente descritos, sino también en una terapia para pacientes con abuso de sustancias.

En el caso de las terapias de pareja lo principal sería centrar el tratamiento relacional a (A) favorecer una relación de apego seguro entre los individuos de la relación; y (B) ayudar a la pareja a tolerar la ansiedad ante problemas de índole sexual en la relación, lo que puede crear un efecto positivo en su relación y satisfacción marital y sexual (Timm y Keiley, 2011).

En el caso de los desórdenes alimenticios, una terapia que se focalice en el apego y las relaciones interpersonales junto con la Diferenciación del Self puede hacer mejorar a los pacientes que tengan problemas con el tipo de apego, el concepto de sí mismos y problemas de identidad. Por ejemplo, las personas que padezcan algún tipo de desorden alimenticio con apego evitativo puede que se beneficien de un tratamiento que tenga el foco en problemas de autoconcepto, eficacia y estima propias (Demidenko et al., 2010).

Hainlen et al. (2016) puntualizan que no solo habría cambios en las terapias, sino en los mismos terapeutas. Si éstos mejoran su Diferenciación del Self y muestran un apego seguro, mejoraría su relación con el cliente y su seguridad ante la aplicación de distintas teorías y métodos, ya que puede que terapeutas con un estilo de apego ansioso o evitativo muestren dificultades ante la relación terapeuta-cliente y necesiten mejorar sus habilidades de autorregulación emocional y de afecto; de esta manera se mejoraría la alianza terapéutica y, por lo tanto, la eficacia del tratamiento.

Otro punto es que no solo se ayudaría al terapeuta o a personas con un trastorno, sino a personas que trabajen de cara al público o que su oficio sea de ayuda a los demás y les cueste más asimilar las emociones negativas y el estrés de las relaciones de apego, que necesiten mejorar su capacidad de empatía (Sandage, Crabtree, y Schweer, 2014).

A pesar de la asociación positiva observada entre Apego Adulto y Diferenciación del Self (Skowron y Dendy, 2004; Thorberg y Lyvers, 2006; Timm y Keiley, 2011; Wei et al. 2005), hay pocos estudios empíricos que investiguen y/o comprueben la susodicha relación entre las dos variables. Del mismo modo, tampoco hay muchos estudios empíricos que asocien las emociones positivas con un estilo de apego seguro (Shiota et al. 2006). Lo mismo ocurre en la relación de emociones positivas con el grado de Diferenciación del Self.

Aunque haya evidencias de la relación positiva entre el estilo seguro de apego adulto y la diferenciación del Self (Skowron y Dendy, 2004; Thorberg y Lyvers, 2006; Timm y Keiley, 2011; Wei et al., 2005), hay pocas investigaciones que integran ambas variables; de hecho, en España solo hay dos investigaciones que analicen esta relación (Borondo y Oliver, 2021; Oliver, 2020). Una posible explicación para la poca cantidad de estudios realizados tanto en España como en el mundo que integren Diferenciación del Self y Apego adulto puede ser la incompatibilidad percibida entre constructos (Schnarch, 2009).

El estudio de Xue et al. (2018) indica la relación entre Diferenciación del Self y los estilos de apego con la ansiedad, pero aun así no hay investigaciones directas que traten las dos variables con casos clínicos que padezcan trastornos de ansiedad, lo cual sería una rama que investigar en el futuro.

Dentro de las líneas de investigación estudiadas se presentan varios sesgos, por ejemplo, los test no están adaptados a distintas etnias y culturas, distintos tipos de religiones, incluso el hecho de haber realizado investigaciones en población universitaria puede haber creado sesgos según los grados incluidos (Hainlen et al., 2016).

Como se ha expuesto, parece que la Diferenciación del Self y el Apego adulto están asociados con diversas variables de ajuste psicológico y relacionales. Además, parecen tener ciertas similitudes entre sí. Ambas variables se desarrollan principalmente en la infancia y se mantienen en la edad adulta, están relacionadas con la regulación emocional y se ven afectadas por la calidad de los vínculos familiares. El objetivo del presente trabajo es hacer una revisión de los estudios que han analizado la relación entre ambas variables. La existencia de esta posible relación puede tener importantes implicaciones clínicas, ya que el incremento de la diferenciación de los clientes podría disminuir los niveles de ansiedad y evitación en las relaciones de pareja, y la disminución de los niveles de ansiedad y evitación en las parejas podrían redundar en un incremento de la Diferenciación del Self de los miembros que la componen.

Referencias

- Alonso-Arbiol, I., Shaver, P. R., y Yáñez, S. (2002). Insecure attachment, gender roles, and interpersonal dependency in the Basque Country. *Personal relationships*, 9(4), 479-490.
- Armour, C., Elklit, A. y Shelvlin, M. (2011). Attachment typologies and posttraumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety: A latent profile analysis approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 2. doi: 10.3402/ejpt.v2i0.6018.
- Barone, L., y Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment and Human Development*, 11, 405-417.
- Barry, R.A., Lakey, B., y Orehek, E. (2007). Links among attachment dimensions, affect, the self, and perceived support for broadly generalized attachment styles and specific bonds. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 340-353. doi:10.1177/0146167206296102.
- Blatt, S. J., y Levy, K. N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1), 102-150.
- Borondo, I. y Oliver, J. (2021). La diferenciación del self y su relación con el apego adulto y la autoestima. *Mosaico*, 77, 8-18. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/54119>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., y Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative review. En J. A. Simpson y S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Demidenko, N., Tasca, G. A., Kennedy, N., y Bissada, H. (2010). The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(10), 1131-1152.
- Dolz-del-Castellar, B. y Oliver, J. (2021). Relationship between family functioning, differentiation of self and anxiety in Spanish young adults. *Plos One*, 1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0246875

- Drake, J.R., Murdock, N.L., Marszalek, J.M., y Barber, C.E. (2015). Differentiation of self inventory-short form: Development and preliminary validation. *Contemporary Family Therapy*, 37, 101-112.
- Duch-Ceballos, C., Oliver, J., y Skowron, E. (2020). Differentiation of Self and Its Relationship with Emotional Self-Regulation and Anxiety in a Spanish Sample. *The American Journal of Family Therapy*, 1–17. doi:10.1080/01926187.2020.1841039
- Etxebarria, I., Fuentes Rebollo, M., López Sánchez, F., y Ortiz, M. (2014). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Feeney, J., y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Hainlen, R., Jankowski, P., Paine, D., y Sandage, S. (2016). Adult Attachment and Well-Being: Dimensions of Differentiation of Self as Mediators. *Contemporary Family Therapy*, 38(2), 172–183. <https://doi.org/10.1007/s10591-015-9359-1>
- Holeman, V.T., Dean, J.B., DeShea, L., y Duba, J.D. (2011). The multidimensional nature of the quest construct forgiveness, spiritual perception, and differentiation of Self. *Journal of Psychology and Theology*, 39, 31-43.
- Krycak, R.C., Murdock, N.L., y Marszalek, J.M. (2012). Differentiation of self, stress, and emotional support as predictors of psychological distress. *Contemporary Family Therapy*, 34, 495-515. doi: 10.1007/s10591-012-9207-5.
- Lampis, J. y Cataudella, S. (2019). Adult Attachment and Differentiation of Self-Constructs: A Possible Dialogue? *Contemporary Family Therapy*, 41(3), 227-235. doi: 10.1007/s10591-019-09489-7
- Langton, C. M., Murad, Z., y Humbert, B. (2017). Childhood sexual abuse, attachments in childhood and adulthood, and coercive sexual behaviors in community males: Main effects and a moderating function for attachment. *Sexual Abuse*, 29(3), 207-238.
- Mikulincer, M., y Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford.
- Oliver, J. (2020). Variables familiares relacionadas con la diferenciación del self y el apego de las personas adultas adoptadas (tesis doctoral, Universidad Pontificia Comillas).
- Oliver, J. y Berástegui, A. (2019). La Escala de Diferenciación del Self (EDS): desarrollo y validación inicial. *Mosaico*, 72, 100-119.
- Peleg, O., y Tzischinesky, O. (2015). Assessing satisfaction with differentiation of Self through circle drawing: Validation of a Revised Self-Report Instrument (SFI-R). *Psychology and Psychotherapy*, 5, 1-10.
- Rodríguez-González, M., y Berlanga, M. M. (2015). *La teoría familiar sistémica de Bowen: avances y aplicación terapéutica*. Madrid (España): McGraw-Hill/Interamericana de España, SL.
- Rosen, K. H., Bartle-Haring, S. E., y Stith, S. M. (2001). Using Bowen theory to enhance understanding of the intergenerational transmission of dating violence. *Journal of Family Issues*, 22, 124–142. doi: 10.1177/019251301022001006.
- Ross, A.S., y Murdock, N.L. (2014). Differentiation of self and well-being: The moderating effect of self-construal. *Contemporary Family Therapy*, 36, 485-496. doi:10.1007/s10591-9311-9.
- Sandage, S. J., Crabtree, S., y Schweer, M. (2014). Differentiation of self and social justice commitment mediated by hope. *Journal of Counseling & Development*, 92(1), 67-74.
- Schnarch, D. (2009). *Intimacy and desire: Awaken the passion in your relationship*. New York: Beaufort Books.
- Shiota, M.N., Keltner, D., y John, O.P. (2006). Positive emotion dispositions differentially associated with big five personality and attachment style. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 61-71. Doi:10.1080/17439760500510833.
- Skowron, E.A., y Dendy, A.K. (2004). Differentiation of Self and attachment in adulthood: Relational correlates of effortful control. *Contemporary Family Therapy*, 26(3), 337-357.
- Skowron, E. A., y Friedlander, M. L. (1998). The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. *Journal of counseling psychology*, 45(3), 235.
- Skowron, E. A., Holmes, S. E., y Sabatelli, R. M. (2003). Deconstructing differentiation: Self regulation, interdependent relating, and well-being in adulthood. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 25, 111-129. doi: 10.1023/A:1022514306491
- Skowron, E. A., y Platt, L. F. (2005). Differentiation of self and child abuse potential in young adult college students. *The Family Journal*, 13, 281–290. doi:10.1177/1066480705276314.
- Skowron, E. A., Stanley, K. L., y Shapiro, M. D. (2009). A longitudinal perspective on differentiation of self, interpersonal and psychological well-being in young adulthood. *Contemporary Family Therapy*, 31(1), 3-18.

- Skowron, E. A. (2000). The role of differentiation of self in marital adjustment. *Journal of Counseling Psychology, 47*(2), 229-237.
- Tasca, G.A., Mikail, S., y Hewitt, P. (2005). Group psychodynamic interpersonal psychotherapy: Summary of treatment model and outcomes for depressive symptoms. En M.E. Abelian (Ed.), *Focus on psychotherapy research* (pp. 155-188). New York: Nova Science Publishers.
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., ... y Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences, 47*(6), 662-667.
- Thorberg, F.A., y Lyvers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors, 31*(4), 732-737. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.05.050.
- Thorberg, F. A., y Lyvers, M. (2010). Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder in patients. *Addiction Research & Theory, 18*(4), 464-478.
- Timm, T. M., y Keiley, M. K. (2011). The effects of differentiation of self, adult attachment, and sexual communication on sexual and marital satisfaction: A path analysis. *Journal of Sex & Marital Therapy, 37*(3), 206-223.
- Tuason, M.T., y Friedlander, M.L. (2000). Do parents' differentiation levels predict those of their adult children? And other test of Bowen theory in a Philippine sample. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 27-35.
- Wei, M., Vogel, D.L., Ku, T.Y., y Zakalik, R.A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 14-24. doi:10.1037/0022-0167.52.1.14.
- Williamson, L., Sandage, S.J., y Lee, R.J. (2007). How social connectedness affects guilt and shame: Mediated by hope and differentiation of self. *Personality and Individual Differences, 43*, 2159-2170. doi: 10.1016/j.paid.2007.06.
- Wood, N.D., Werner-Wilson, R.J., Parker, T.S., y Perry, M.S. (2012). Exploring the impact of attachment anxiety and avoidance on the perception of couple conflict. *Contemporary Family Therapy, 34*, 416-428. doi:10.1007/s10591-012-9202-x.
- Xue, Y., Xu, Z. Y., Zaroff, C., Chi, P., Du, H., Ungvari, G. S., ... y Xiang, Y. T. (2018). Associations of differentiation of self and adult attachment in individuals with anxiety-related disorders. *Perspectives in psychiatric care, 54*(1), 54-63.
- Yárnoz, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M., y Sainz de Murieta, L. M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de psicología, 17*(2), 159-170.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Expresión de violencia de género a través de la dimensión de aislamiento en parejas jóvenes

Trabajo de fin de grado de Rocío Subires González,
tutorizado por María del Carmen Lledó Rando

Resumen

El principal objetivo es comprobar la presencia de violencia de género o de pareja expresada a través de la dimensión de aislamiento en jóvenes. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario online siguiendo una metodología de corte transversal. Para ello se seleccionó una muestra de unos 194 participantes (100 mujeres y 94 hombres) de la provincia de Málaga de edad comprendida entre los 18 y 25 años. Los resultados obtenidos demuestran la existencia de violencia de género expresada principalmente a través de la dimensión de indiferencia afectiva, siendo un resultado no esperado, pero también en forma de aislamiento, siendo las mujeres las que más la sufren y las personas con estudios no universitarios la población más vulnerable. Además, se demuestra la existencia de creencias y comportamientos sexistas, aunque en mayor proporción en la población masculina, así como que la justificación de los comportamientos violentos queda sujeta al género de la persona agresora, siendo la población masculina la que más la justifican.

Palabras claves: Violencia, violencia de género, violencia en parejas jóvenes, aislamiento, sexismo, jóvenes.

Abstract

The main objective is to verify the presence of gender or partner violence expressed through the dimension of isolation in young people. The data were obtained through an online questionnaire following a cross-sectional methodology. For this, a sample of about 194 participants (100 women and 94 men) from the province of Malaga, aged between 18 and 25, was selected. The results obtained demonstrate the existence of gender violence expressed mainly through the dimension of affective indifference, being an unexpected result, but also in the form of isolation, with women suffering the most and people with non-university studies the most vulnerable population. In addition, the existence of sexist beliefs and behaviors is demonstrated, although in a greater proportion in the male population, as well as that the justification for violent behavior is subject to the gender of the aggressor, being the male population who most justifies it.

Keywords: Violence, gender violence, violence in young couples, isolation, sexism, youth.

La violencia de género (VG) ha sido, durante años, un fenómeno invisible, naturalizado y silenciado, en el que la mujer quedaba, y sigue quedando, en desigualdad, subordinación y bajo el poder de los hombres. Según el Ministerio de Igualdad, Delegación del Gobierno de España contra la VG, se define la VG como aquella:

manifestación de discriminación, situación de desigualdad y relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia, y comprende todo acto de violencia física y psicológica (...). (art. 1.1 LOMCE 1/2004, de 28 de diciembre).

En esencia es una violencia ejercida hacia las mujeres por el simple hecho de serlo, distinta a cualquier otro tipo de violencia interpersonal, en el que se niegan derechos como la libertad, el respeto o la toma de decisiones. Esta problemática no distingue de razas, edad, religión o clase social, convirtiéndose en un problema que afecta y compromete a toda la sociedad. A pesar de que, hoy en día, la sociedad está más concienciada en el feminismo, estos comportamientos siguen floreciendo en la juventud. Llamamos VG únicamente cuando la violencia es ejercida por el hombre hacia la mujer, mientras que cuando es de la mujer al hombre se considera violencia de pareja.

Debido al movimiento feminista, se ha ido visibilizando esta problemática. Es normal escuchar declaraciones tales como “*Yo no soy ni machista ni feminista, apoyo la igualdad*”, queda expuesto el desconocimiento del significado de feminismo. El feminismo defiende los principios de igualdad de derechos en hombres y mujeres y lucha por dicha igualdad ((RAE), 2019). Esta equivocación es debida a causas etimológicas, pues la sociedad considera que el antónimo de machismo, superioridad del hombre frente a la mujer, es feminismo, siendo su verdadero antónimo el hembrismo.

Para establecer la igualdad de géneros, hay que erradicar el sexismo, es decir, discriminación en base al género de la persona, así como los estereotipos y prejuicios asociados a cada uno de ellos. En los últimos años se ha adoptado un nuevo concepto de sexismo, el sexismo ambivalente (SA) (Glick y Fiske, 1996), el cual abarca dos tipos de actitudes: sexismo hostil (SH) y sexismo benevolente (SB), formando los polos de un mismo concepto. El SH, el polo negativo, expresa la inferioridad de uno de los géneros con respecto al otro. Mientras que el SB, el polo positivo, limita a la persona en función de los estereotipos y roles asociados a su género.

En el caso de SA hacia las mujeres, el SH supone un “castigo” para aquellas que no cumplen con lo tradicional, alterando la balanza de poder entre hombres y mujeres, en la que el hombre predomina. Mientras que, el SB premia lo tradicional. Por otro lado, en el SA hacia hombres, el SH se manifiesta cuando la mujer se cuestiona la posición de superioridad del hombre y el SB es cuando su entorno adopta los roles tradicionales permitiendo así al hombre desempeñar su rol tradicional. El sexismo se manifiesta a través del comportamiento o del lenguaje, naturalizándose e interiorizando desde que somos pequeños, pasando desapercibido con facilidad.

Existen diversas formas de violencia a las que son sometidas las mujeres, destacando aquellas que nos competen en este estudio, es decir, la violencia hacia la mujer en el ámbito de la pareja (ONU, 2006), siendo el tipo de violencia más común en todo el mundo, manifestándose a través de: violencia física (uso intencionado de la fuerza, usando o no armas, con el único fin de agredir y dañar a la víctima), violencia psicológica (controlar, aislar, humillar o avergonzar a la víctima. Esta investigación se centra en este tipo de violencia), violencia sexual (relaciones sexuales sin el consentimiento de la mujer, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales y físicas o no) y violencia económica (prohibir o controlar el acceso a los recursos básicos).

Walter (1979) detectó un patrón dentro del proceso de maltrato, estableciendo así una serie de fases que nos ayudan a comprender cómo se produce y se mantiene la VG:

- Fase de acumulación de tensión: cualquier comportamiento de la mujer es usado por el maltratador para molestar. La víctima intenta solucionar el problema, pero provoca que el enfado sea mayor, aumentando sus sentimientos de culpabilidad. El agresor empieza a aislar socialmente a la víctima.
- Fase de explosión violenta: se produce violencia física y la mujer adquiere indefensión aprendida debida a los daños. En esta etapa la víctima busca ayuda, pues percibe el peligrar su vida y/o la de un familiar, pero el maltratador pedirá perdón y ésta cederá antes sus disculpas.
- Fase de luna de miel o conciliación: el maltratador adopta el rol de un hombre bueno, cariñoso y respetuoso. La mujer percibe el cambio y continua con la relación.
- Escalada de la violencia: comienza un nuevo ciclo, pero a diferencia de los anteriores, la violencia será más intensa y agresiva, pudiéndose eliminar la fase de conciliación.

El maltratador actúa de diferentes formas: aísla de toda relación social, merma la autoestima, produce sentimientos de inseguridad e incapacidad, provoca dependencia emocional, pues al aislar a la persona no tiene otra fuente de afecto; también utiliza la victimización o chantajes emocionales, entre otras técnicas.

Como tuvimos ocasión de ver más arriba, la VG no entiende de edades, pudiéndose producir en cualquier etapa de la vida de una persona. En este estudio nos queremos centrar expresamente en parejas jóvenes, ya que es frecuente que la sociedad piense que en esta etapa no se da este tipo de violencia, pues no suelen ser relaciones estables y con vínculos tales como el matrimonio, hijos, casa, etc. A esta edad, los abusos más frecuentes son el control psicológico, aislamiento social e insultos. Los menos frecuentes son el abuso sexual, las amenazas de abuso físico y el abuso físico en sí. Es común que empiece a manifestarse a través de agresiones verbales, intentos de control y de aislamiento social, siendo bastantes sutiles en su inicio.

La guía para familias "Violencia de género en la población adolescente" (Herranz, 2013), recoge una serie de factores tanto internos como externos a la persona que, asociados con la juventud, provocan que se encuentren en situación de riesgo de cara a recibir o a infligir agresiones tanto físicas como verbales. Por un lado, encontramos los factores personales, los cuales dependen de los vínculos, las formas de apego y los modelos educativos, por ejemplo, crecer siguiendo un modelo que promueve el dominio o sumisión. Por otro lado, encontramos los factores estructurales, es decir, valores y creencias culturales tales como poseer una red de apoyo inexistente o que justifica/tolera la violencia en la pareja.

En la mayoría de las ocasiones las víctimas jóvenes de VG no cuentan por lo que están pasando, pues se encuentran saliendo de una etapa en la que creen no ser comprendidos por su entorno, a lo que se suma la consideración de que la justicia es para asuntos más graves, sienten miedo a las represalias por parte del maltratador, amigos o familiares; temen que el resto conozca su situación y se avergüenzan, etc. Aunque hay que destacar que, para pedir ayuda, la víctima debe superar la etapa de negación, aquella en la que no se considera estos actos como agresivos, llegando a justificarlos y a restarles importancia.

En muchas ocasiones, la no superación de esta etapa puede venir marcada por creencias culturales sobre el amor verdadero. Usando estas creencias, las personas justifican la violencia, pues el amor "*lo puede todo*", "*lo justifica todo*" y "*para amar debes entregarte por completo a la otra persona*". Es decir, se sostiene que por amor hay que hacer todo lo que haga falta, incluso cuando sobrepasa los límites de lo justo y de lo razonable (Moreno-Marimón y Sastre, 2010). En resumen, todos aquellos estereotipos tradicionales asociados al género femenino, en el que se les hace creer que para tener una vida satisfactoria, debe formar una familia, encargarse de las tareas del hogar, cuidar de su pareja e hijos, etc.

La violencia psicológica suele ser menos conocida que la física, pues normalmente las secuelas de la violencia física pueden ser visibles, por ejemplo, a través de moratones o arañazos, mientras que la violencia psicológica no suele dejar huella a ojos ajenos a la persona agredida, aunque las consecuencias pueden ser igual e incluso más graves que las de la violencia física. En esta investigación seguiremos la clasificación de expresiones de violencia psicológica en las relaciones de pareja aportada por Cantera, Estébanez y Vázquez (2009). En dicha clasificación se ponen de manifiesto 10 tipos de expresiones que son el control, el acoso, celos, descalificaciones, indiferencia afectiva, agresiones sexuales, manipulación, amenazas, conductas de dominación y aislamiento. Éstas se pueden dar de forma simultánea o de forma aislada, pero normalmente aparecen dos o más a la vez.

En esta investigación nos centraremos en el análisis especialmente de la variable aislamiento como expresión de VG o de pareja, pues como se ha mencionado anteriormente, el aislamiento es un fenómeno que se comienza a dar en las primeras etapas del ciclo de la VG. El fin de este tipo de violencia psíquica es que la persona agredida no tenga vida social fuera de la pareja, es decir, limita el contacto con sus familiares, amigos y conocidos, incluso su actividad laboral, poco a poco el agresor ira aislándola del resto de personas, haciendo que su única relación sea con él. El aislamiento se puede llevar a cabo de diferentes formas, ya sea mediante el control de con quién sale, prohibición de establecer contacto o mediante la manipulación verbal, es decir, usando mentiras, insinuaciones, o críticas, con el fin de hacerle creer que todo el mundo es "malo" y el único en el que se puede confiar es en él.

La expresión de VG a través de la dimensión de aislamiento produce que aumente la vulnerabilidad de las víctimas (Choi et al., 2012). Además, ser sometida a aislamiento social produce que la víctima cree dependencia emocional o económica del agresor, aumentando el control que éstos poseen sobre ellas, dificultando que las víctimas consigan salir de las situaciones de violencia (Barnett, 2000).

Por todas estas razones, se consideró llevar a cabo un estudio de VG en personas jóvenes, concretamente entre los 18 y 25 años, para conocer cómo se manifiesta la violencia dentro de la pareja en las nuevas generaciones y, en especial, el aislamiento impuesto por el agresor o agresora. Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio es comprobar la presencia de VG o de pareja expresada en forma de aislamiento en los jóvenes. Para ello se plantean las siguientes hipótesis exploratorias:

1. Los jóvenes sufren o han sufrido VG o de pareja expresada en forma de aislamiento.
2. La percepción del aislamiento como VG depende de ciertas características propias a la persona.
3. Los jóvenes poseen creencias y comportamientos sexistas.
4. Los jóvenes justifican la VG o de pareja en función del género de la persona agresora.

Metodología

Estableciendo un estudio transversal, estudio observacional en el que los datos son recogidos en un único momento temporal, los participantes colaboran de forma voluntaria y anónima, rellenando un cuestionario online mediante la herramienta de Formularios de Google, pues ofrece mayor comodidad tanto para el investigador como para los/as participantes, ya que la persona puede realizarlo en el momento en el que desee y el investigador tiene la ventaja de recibir los datos al momento en el que se envíe el formulario. A su vez, para poder llegar a más población, se les pedía a los/as participantes que compartiesen el cuestionario con sus conocidos/as. El cuestionario online está compuesto por:

- Documento de confidencialidad de datos y aceptación de participación en la investigación. Se informa al participante de que su colaboración es totalmente voluntaria y anónima, en la que la información proporcionada no permite su identificación.

- Recogida de datos sociodemográficos. Se recogen datos de interés tales como el género, la edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, orientación sexual, etc., pudiendo así describir las características de la muestra con mayor exactitud.

- Cuestionario de exposición de situación de violencia psicológica expresada en forma de aislamiento mediante metodología de Escenario. Consta de 12 ítems en escala Likert del 0 al 6 en los que los/as participantes debe responder a una serie de cuestiones o afirmaciones sobre un caso expuesto, en el que una de las partes de una pareja quiere que la otra parte, salga solo con él/ella, con quién él/ella le diga y cómo él/ella le diga. La persona agresora varía en función del género del participante, es decir, los chicos recibían el cuestionario de "chica agresora" y la chica el de "chico agresor".

- Cuestionario ASI de Glick, versión castellana de Expósito, Moya y Glick (1998). Consta de 22 ítems en escala Likert del 0 al 5 en el que los/las participantes deben responder en función del grado en el que estén de acuerdo con las afirmaciones presentadas, siendo 0 = "Totalmente en desacuerdo" y 5 = "Totalmente de acuerdo". A través de estas afirmaciones, se pretende conocer cuál es el impacto del SA hacia las mujeres en la población joven. Desglosando sus ítems podremos obtener información sobre SB si analizamos las puntuaciones a los ítems 1, 3, 6, 8, 9, 12, 13, 17, 19, 20 y 22. Mientras que, si analizamos la de los ítems restantes (ítem 2, 4, 5, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 18 y 21) obtendremos información sobre el SH hacia las mujeres.

- Cuestionario AMI de Glick, versión castellana de Lameiras, Rodríguez y Sotelo (2001). Consta de 12 ítems en escala Likert del 0 al 5 en el que los/las participantes deben responder en función del grado en el que estén de acuerdo con las afirmaciones presentadas, siendo 0 = "Totalmente en desacuerdo" y 5 = "Totalmente de acuerdo". A través de estas afirmaciones se pretende conocer cuál es el impacto del SA hacia los hombres en la población joven. Desglosando sus ítems podremos obtener información sobre SH si analizamos las puntuaciones a los ítems del 1 al 6. Mientras que, si analizamos las puntuaciones de los ítems restantes (ítem del 7 al 12) obtendremos información sobre el SB hacia los hombres.

- Cuestionario de Justificación de violencia. Consta de 12 ítems en escala Likert del 0 al 5, en los que los/las participantes deben responder en función del grado en el que consideren que los comportamientos expuestos son justificables en el caso que lo haga una mujer y cuando lo hace un hombre, siendo 0 = "Nunca está justificado" y 5 = "Justificado en muchas ocasiones". A través de estas afirmaciones se pretende conocer en qué frecuencia se puede justificar que un novio o una novia haga alguno de los comportamientos.

- Cuestionario de percepción de violencia en las relaciones de pareja de Delgado (2014). Este cuestionario ofrece una medida del aislamiento y una percepción general de VG o de pareja, así como la gravedad de cada uno de ellos. Es una modificación ad hoc en primera persona del Cuestionario de percepción de Violencia psicológica de Delgado (2011). Consta de 47 ítems en escala Likert del 0 al 6, en los que los/las participantes deben responder en función de la frecuencia en los que los comporta-

mientos expuestos le hayan sucedido en su actual relación o en la última relación que tuvieron, siendo 0 = “Nunca me ha pasado” y 6 = “Se ha producido todos los días al menos una vez”. A su vez deben establecer el grado de gravedad que otorgan a cada uno de los comportamientos puntuándolos del 0 al 6 en función de cuan grave los consideren.

Para realizar esta investigación, en primer lugar, se ha realizado una investigación documental, con el fin de obtener la información necesaria para comprender la problemática y poder definir el objetivo principal de la investigación. En segundo lugar, se preparó el material de la investigación, se elaboró el cuestionario online que tendrán que rellenar los/as participantes y se procedió a su pasación. Tras ello, una vez obtenido todos los datos, se revisaron y se realizó el análisis de los resultados, con el fin de obtener las conclusiones de la investigación.

Siguiendo un diseño experimental, el cual nos permite identificar y medir los efectos de una variable o más sobre otras, y el método inductivo, pues a partir de casos particulares se va a extraer conclusiones de carácter general, se establecen las siguientes variables:

- Variables independientes (VI): género, edad, orientación sexual, tener pareja o no actualmente, tipo de estudios, cantidad total de parejas, importancia de las amistades y el tiempo que pasa junto a éstas semanalmente.
- Variables dependientes (VD): estas variaran en función de la información que se analiza, por lo que podemos las clasificamos en cuatro grupos:
 - Percepción de violencia psicológica, expresada a través de la dimensión de aislamiento: habitualidad, normalidad, grado de identificación con la víctima, grado de percepción de VG.
 - Creencias sexistas: sexismo ambivalente, hostil y benevolente.
 - Justificación de la violencia: justificación de la violencia ejercida por hombres y justificación de la violencia ejercida por mujeres.
 - Percepción de violencia psicológica: percepción en primera persona de la dimensión de aislamiento y la gravedad de dichos comportamientos.

En el caso que sea necesario, ciertas VD serán recodificadas para su posterior análisis, el cual se realiza en el paquete estadístico SPSS-25, usándose los siguientes estadísticos: T- de student para muestras independientes, chi cuadrado (χ^2) y Correlación de Spearman.

Análisis descriptivo

Nuestra muestra está compuesta por 194 participantes, de los cuales el 48.5% son hombres y el 51.5% son mujeres (Figura 1), es decir, 94 son hombres y 100 son mujeres. En cuanto a la edad, son jóvenes de edad comprendida entre los 18 y los 25 años, siendo éste el único criterio de inclusión. Para el posterior análisis de la muestra, la edad se agrupará en cuatro grupos, tal y como podemos observar en la Figura 2. La nacionalidad de la gran mayoría de los participantes, específicamente el 95.4% de la muestra, es la española. El resto, el 4.6%, su país de nacimiento es europeo, pero distinto a España o de América del Sur o de algún otro país del resto del mundo.

Figura 1
Género de los Participantes



Figura 2
Agrupación de Participantes por Edad



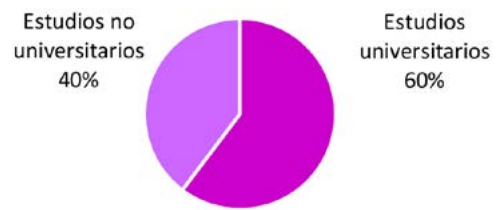
La investigación se realizó en la provincia de Málaga, por lo que más de la mitad de los participantes, el 53.6%, residen en Málaga capital. El resto de la muestra, el 8.8% de la muestra residen en municipios de menos de 5.000 habitantes, mientras que el 17.5% de los sujetos son residentes de municipios entre 5.000 y 50.000 habitantes. El 12.4% de los participantes moran en municipios entre 50.000 y 100.000 habitantes. Por último, el 7.7% de los sujetos son vecindarios de municipios de más de 100.000 habitantes (Figura 3).

Figura 3
Lugar de Residencia de los Participantes



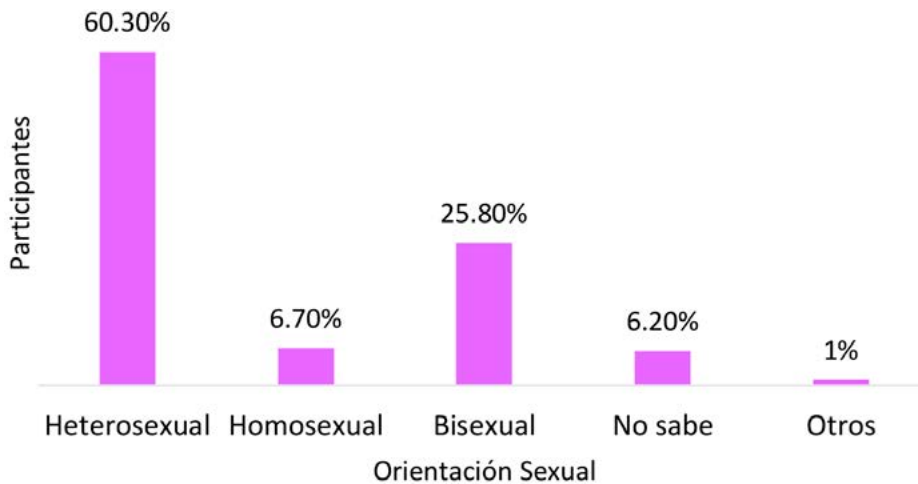
En cuanto al ámbito académico (Figura 4), el 74.8% de la muestra está realizando estudios universitarios como, por ejemplo, psicología, derecho, diversas ingenierías, ADE, etc. Mientras que el 21.6% no está realizando estudios universitarios, por lo que o bien están cursando bachillerato, han finalizado sus estudios o no han estudiado. Por otra parte, el 13.4% de la muestra no están estudiando actualmente o en el cuestionario no se especificó el curso en el que se encontraban. El 21.6% está cursando el primer año de sus estudios, mientras que el 20.6% está cursando el segundo año. Por otro lado, el 12.9% está en el tercer año de sus estudios y el 30.9% encuentran en el cuarto y último año. Por último, solo el 0.5% de los sujetos han terminado ya sus estudios.

Figura 4
Estudios de los Participantes



En la figura 5, podemos observar que más de la mitad de la muestra, el 60.3% posee una orientación sexual heterosexual, el 6.7% se define como homosexual. Por otro lado, el 25.8% es bisexual, mientras que el 6.2% no saben cuál es su orientación sexual. Por último, el 1% no encontró entre la clasificación ofrecida aquella opción que se ajuste a ellos.

Figura 5
Orientación Sexual de los Participantes



En cuanto al ámbito laboral, el 14.9% se encuentran trabajando actualmente, mientras que el 85.1% de los sujetos, la gran mayoría de la muestra no desempeñan ninguna actividad laboral.

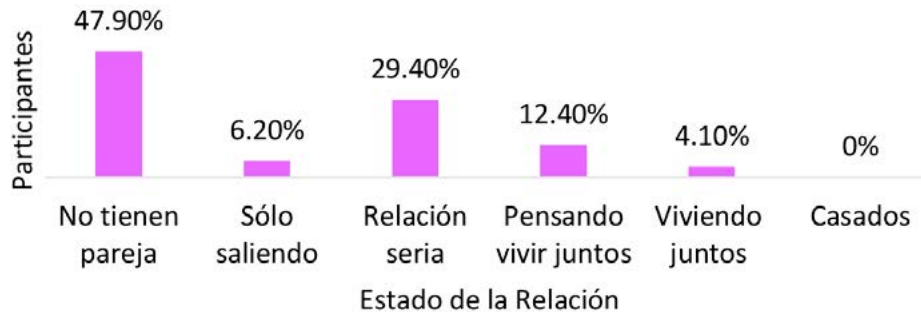
A continuación, destacaremos datos más personales, concretamente información sobre sus relaciones personales. Más de la mitad de la muestra, el 53.1% se encuentran actualmente en una relación, mientras que el 46.9% no se encuentran en una relación actualmente (Figura 6). De las personas que tienen una relación, la duración media de estas relaciones es de 17 meses, es decir, un año y 5 meses, siendo la duración mínima de 1 mes y la máxima de 96 meses (8 años).

Figura 6
¿Relación Amorosa Actualmente?



De este porcentaje que tiene pareja, el 6.2% considera que sólo están saliendo con su pareja actual, mientras que el 29.4% afirma encontrarse en una relación seria. Por otro lado, el 12.4% está pensando en vivir junto a su pareja o casarse, mientras que el 4.1% está viviendo con su pareja. Por último, ninguno de los participantes ha señalado que están casados (Figura 7).

Figura 7
Cómo Definen la Relación Actual



Normalmente los jóvenes su tiempo de ocio lo suelen compartir con su pareja o amigos, por lo tanto, nos interesa conocer cuánto tiempo pasan aquellas personas que tienen pareja junto a éstas. Se ha observado que el 4.6% de las personas que tienen pareja, pasa un total de menos de 2 hora a la semana con su pareja, el mismo porcentaje tendría aquellas personas que pasan entre 2 y 4 horas, y aquellas que pasan entre 4 a 8 horas. Por otro lado, el 13.9% pasan con su pareja entre 8 y 12 horas por semana, mientras que el 25,9% comparten más de 12 horas semanales con su pareja.

De los 194 participantes, el 8.2% nunca ha tenido una pareja. El 20.1% solo ha tenido una pareja a lo largo de su vida, mientras que el 38.1% ha tenido dos parejas. Por otro lado, el 21.1% ha tenido tres relaciones a lo largo de su vida, el 6.7% han tenido un total de 4 relaciones, el 1.5% ha tenido cinco relaciones y el 2.6% ha tenido seis parejas. Por último, únicamente el 1.5% de los participantes han tenido un total de siete relaciones.

La duración media con la última pareja que tuvieron los participantes es de 8 meses. Con esta última pareja, el 3.6% de ese porcentaje pasaba un total de menos de 2 hora a la semana con su pareja, el 5.7% pasaban entre 2 y 4 horas, y el 8.8% entre 4 a 8 horas por semana. Por otro lado, el 11.9% pasaban con su pareja entre 8 y 12 horas semanales, mientras que el 9.8% de los participantes compartían más de 12 horas. El resto, el 60.3%, son personas que nunca han tenido pareja o en la actualidad se encuentran en su primera relación.

Por otro lado, podemos observar que el 10.8% de la muestra considera que sólo estaba saliendo con su última pareja, mientras que el 25.8% se encontraba en una relación seria. Por otro lado, el 2.6% estaban pensando en vivir juntos o casarse y el 1% estaban viviendo junto a ella. Por último, ninguno de los participantes ha señalado que estaba casado. El resto, el 59.8% son personas que nunca han tenido pareja o actualmente se encuentran en su primera relación.

El 93.8% de la muestra considera importante la relación que tiene con sus amistades, mientras que solo el 6.2% no las califica como importantes. Asimismo, se ha detectado que el 39.7% pasa un total de menos de 2 hora a la semana con sus amigos, el 8.8% pasan entre 2 y 4 horas, y el 27.3% pasan entre 4 a 8 horas. Por otro lado, el 20.9% de la muestra pasa entre 8 y 12 horas por semana, mientras que el 32.5% comparten más de 12 horas semanales con sus amistades.

Resultados

Análisis exploratorio

Los datos recogidos se analizaron en el paquete estadístico SPSS-25, usándose diferentes estadísticos en función de las características de la/s variable/s a analizar, así como de la información que se pretende extraer. Los estadísticos utilizados son T- de student para muestras independientes, para conocer las diferencias existentes o no en dos grupos diferentes; chi cuadrado (χ^2), pues permite estar al tanto de las diferencias existentes o no en dos o más grupos; y finalmente, Correlación de Spearman, que nos sirve para identificar las relaciones presentes entre variables.

Hipótesis 1: Los jóvenes sufren o han sufrido VG o de pareja expresada en forma de aislamiento.

Para conocer si la población joven sufre o ha sufrido VG o de pareja manifestada a través de la dimensión de aislamiento se seleccionó como VI la frecuencia en la percepción de comportamientos de aislamiento en el grupo de iguales, percepción general que se tiene de la VG o de pareja, grado de

gravedad de los comportamientos de aislamiento y grado de gravedad de los comportamientos generales de VG o de pareja. Como VD se usará el género del evaluador/a, la edad, la orientación sexual, el tipo de estudios, tener o no pareja actualmente y la cantidad total de parejas a lo largo de la vida.

Teniendo en cuenta que los datos que se presentan fueron obtenidos a través de las puntuaciones de los sujetos, las cuales oscilaban entre 0 y 6; podemos destacar que las mujeres suelen otorgarles una mayor puntuación a todas y cada una de las VI propuestas, pudiendo resaltar, en concreto, el rango de edad entre los 22-23 años, pues aun no obteniendo la mayor media en todas las variables, en el conjunto de ellas sí. Por otro lado, la orientación sexual “no sé” puntúa en mayor proporción, aunque este hecho podría estar sesgado, pues la muestra no estaba repartida de forma equitativa en la clasificación de orientación sexual. Finalmente, la población no universitaria obtiene una media de puntuaciones superior a la no universitaria, al igual que las personas que no tienen pareja en comparación con las que sí la tienen.

Tras realizar el estadístico chi cuadrado (χ^2), se observa que se obtienen diferencias significativas en cuanto la medida de aislamiento y la edad de la persona evaluadora y la gravedad que le otorga a dichos comportamientos, observándose en ambos casos grandes discrepancias entre variables. En cuanto a la orientación sexual, podemos comprobar enormes discrepancias con la percepción general de VG, la gravedad general de los comportamientos de VG y la medida de aislamiento. No se encuentran diferencias en función del género, del tipo de estudios ni de si tiene o no pareja actualmente (Tabla 2).

Tabla 1
Medias y desviaciones del cuestionario de percepción de VG de violencia en las relaciones de pareja

		Aislamiento		Percepción de VG o pareja		Gravedad aislamiento		Gravedad comportamiento VG o pareja		
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
		Variables independientes	Género	Hombre	0.3	0.98	0.49	0.77	5.61	0.95
Mujer	0.52			1.28	0.71	0.9	5.81	0.63	5.64	0.65
Edad	18-19 años		0.26	1.05	0.49	0.73	5.82	0.45	5.64	0.45
	20-21 años		0.27	0.99	0.61	0.88	5.84	0.44	5.59	0.50
	22-23 años		0.75	1.44	0.76	0.97	5.67	0.98	5.47	0.97
	24-25 años		0.53	1.11	0.55	0.73	5.21	1.45	5.15	1.42
Orientación sexual	Heterosexual		0.45	1.22	0.63	0.89	5.64	0.97	5.45	0.97
	Homosexual		0.59	1.57	0.93	1.26	5.82	0.38	5.61	0.47
	Bisexual		0.32	0.96	0.44	0.65	5.84	0.48	5.72	0.32
	No lo sé		0.00	0.00	0.57	0.33	5.83	0.22	5.43	0.48
Estudios	Otros	1.67	1.41	1.15	0.95	5.5	0.24	4.86	0.79	
	Universitarios	0.4	1.12	0.59	0.84	5.71	0.80	5.54	0.79	
Pareja actual	No universitarios	0.46	1.27	0.67	0.89	5.73	0.82	5.45	0.81	
	Sí	0.25	0.87	0.39	0.61	5.65	0.98	5.47	0.96	
	No	0.6	1.38	0.85	1	5.79	0.55	5.57	0.55	

Tabla 2
Percepción de comportamientos violentos en primera persona

		Aislamiento		Percepción de VG o pareja		Gravedad aislamiento		Gravedad comportamiento VG o pareja	
		χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
		Variables independientes							
	Edad	68.88	.01			47.93	.05		
	Orientación Sexual	94.15	.001	641.93	.01			675.62	.00

Nota: $p < .05$

También se debe destacar que el tipo de violencia que más se percibe y se ejerce en la juventud, pues recordemos que el cuestionario mide la percepción de VG o de pareja en primera persona; tanto si es hacia hombres, hacia mujeres o hacia ambos es la indiferencia afectiva, pero las puntuaciones oscilaban entre 0-6, por lo que, a pesar de ser el tipo de violencia más presente en la juventud, su

frecuencia es baja. Mientras que el tipo de violencia que consideran más graves, tanto las mujeres como los hombres como ambos en conjunto, son las amenazas.

Hipótesis 2: La percepción del aislamiento como VG depende de ciertas características propias a la persona.

Se quiere conocer si ciertos factores adyacentes a la persona influyen en cómo se percibe la violencia expresada a través de la dimensión de aislamiento. Para ello se usó como VD: la habitualidad de los comportamientos de aislamiento en su entorno, grado de normalidad de éstos, grado de identificación del evaluador/a con la víctima y grado que se considera VG estos comportamientos. Por otro lado, para determinar esos factores, se usaron como VI: el género, la edad, la orientación sexual, tipo de estudios, cantidad de parejas que el sujeto haya tenido a lo largo de su vida y el tener pareja o no actualmente.

Los hombres consideran más normales y habituales estos comportamientos, mientras que las mujeres se identifican en mayor proporción con la víctima y les otorgan mayor gravedad a dichos comportamientos (Tabla 3), siendo el rango de los 22-23 años, la población universitaria y las personas que no tienen pareja las que destaca. Por otro lado, la orientación sexual "no sé" puntúa en mayor proporción, aunque este hecho está sesgado, pues la muestra no estaba repartida de forma equitativa en la clasificación de orientación sexual. En esta ocasión, las puntuaciones también oscilaban entre 0-6, por lo que a pesar de que unos grupos destaquen sobre otros, en sí las puntuaciones obtenidas son bajas.

Tabla 3
Medias y desviaciones típicas de la percepción de las conductas violentas de aislamiento.

		Normalidad		Habitualidad		Grado identificación víctima		Grado considera VG	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Género	Hombre	1.6	1.63	1.12	1.3	1.16	1.51	4.73	2.24
	Mujer	1.41	1.75	0.76	1.18	1.61	1.8	5.19	1.32
Edad	18-19 años	0.7	1.15	1.09	1.5	1.4	1.84	5.64	1.93
	20-21 años	.83	1.22	1.8	1.78	1.15	1.43	5.41	2.11
	22-23 años	1.24	1.29	1.62	1.76	1.82	1.84	5.89	5.89
	24-25 años	1.16	1.4	1.28	1.6	1.28	1.49	4.64	2.29
Orientación sexual	Heterosexual	1.11	1.34	1.56	1.69	1.28	1.66	5.39	2.03
	Homosexual	0.62	1.26	1.62	1.81	1.38	1.71	5.38	1.66
	Bisexual	0.66	1.06	1.4	1.8	1.54	1.71	5.76	1.77
	No lo sé	0.67	0.89	1.17	1.27	1.67	1.88	5.5	2.61
Estudios	Otros	1	1.41	2	1.41	2.5	0.71	4.5	0.71
	Universitarios	1.48	1.65	0.97	1.25	1.4	1.72	5.68	1.83
	No universitarios	1.69	1.84	0.79	1.28	1.36	1.53	4.79	2.28
	0	0.69	1.01	1.25	0.93	1.06	1.24	5.94	1.73
Cantidad de parejas	1	1.05	1.23	1.1	1.23	1.49	1.52	5.69	1.64
	2	0.8	1.7	1.55	1.81	1.43	1.8	5.51	2.01
	3	0.9	1.22	1.49	1.71	1.05	1.53	5.54	1.94
	4	1.23	1.79	1.46	1.45	1.54	1.61	4.69	2.14
	5	3	2.65	4.67	2.6	5.33	0.58	3.33	2.89
	6	0.8	1.1	2.6	3.13	1.2	1.3	7	0.00
	7	1.33	2.31	2	2.65	1.33	2.31	2	1.73
Pareja actual	Si	0.91	1.34	1.5	1.73	0.91	1.47	5.3	2.1
	No	0.96	1.15	1.49	1.66	1.93	1.75	5.69	1.78

Tras realizar los estadísticos T de Student para muestras independientes y chi cuadrado (χ^2) (Tabla 4), se observa que se obtienen diferencias significativas en cuanto al género tanto con la normalidad de los comportamientos como con el grado en el que se considera VG. La variable edad obtiene diferencias significativas con la normalidad de los comportamientos. Por otro lado, el tipo de estudios muestra diferencias significativas con el grado en el que se considera VG, mientras que la cantidad de

parejas a lo largo de la vida muestra diferencias significativas con todas las VD propuestas, es decir, la habitualidad de los comportamientos, la normalidad, el grado de identificación con la víctima y con el grado en el que se considera. Por último, tener pareja actualmente o no obtiene diferencias estadísticamente significativas con el grado de identificación con la víctima. No se encuentran diferencias en función de la orientación sexual.

Tabla 4
Percepción de las conductas violentas de aislamiento

	Habitualidad		Normalidad		Grado identificación con víctima		Grado considera VG		
	F/ χ^2	P	F/ χ^2	P	F/ χ^2	P	F/ χ^2	P	
Variables independientes	Género		1.83	.04			28.08	.001	
	Edad		32.05	.02					
	Tipo de estudios						7.59	.01	
	Cantidad de parejas	71.3	.00	77.32	.001	96.38	.001	84.38	.001
	Pareja actual o no					9.26	.001		

Nota: $p < .05$

Hipótesis 3: Los jóvenes poseen creencias y comportamientos sexistas.

Para determinar la influencia del SA en los comportamientos y creencias de los jóvenes, se usó como VD: SH, SB y SA, tanto si es hacia mujeres, como hacia hombres o como hacia ambos géneros. En cuanto a VI usamos el género, edad, la orientación sexual y tipo de estudios.

Observando la Tabla 5, podemos destacar que los hombres suelen otorgarles una mayor puntuación a todas y cada una de las VI propuestas, pudiendo resaltar, en concreto, el rango de edad entre los 24-25 años. Por otro lado, las personas bisexuales puntúan en mayor proporción, aunque este hecho puede estar sesgado, pues la muestra no estaba repartida de forma equitativa en la clasificación de orientación sexual. Finalmente, la población no universitaria obtiene una media de puntuaciones superior a la no universitaria. De nuevo, las puntuaciones oscilaban entre 0-6, por lo que a pesar de que unos grupos destaquen sobre otros, en sí las puntuaciones obtenidas son bajas.

Con el estadístico T de Student para muestras independientes y chi cuadrado (χ^2) (Tabla 6), se observan diferencias significativas entre el género y el SH y SB hacia mujeres; el SB hacia hombres y hacia ambos; y con SA hacia mujeres y hacia ambos. En cuanto a la edad, se muestran enormes diferencias significativas en cuanto a SA hacia mujeres se trata. La orientación sexual establece diferencias significativas con SH y SB hacia mujeres. Finalmente, el tipo de estudios no muestra resultados significativos.

Por otro lado, mediante estadísticos descriptivos, se pretende conocer cuál de los dos tipos de SA, el hostil y el benevolente, se produce con más frecuencia cuando es hacia hombres, cuando es hacia mujeres o cuando es hacia ambos géneros. Observándola, podemos determinar que, en el caso de los hombres, el tipo de sexismo más frecuente es el hostil ($\bar{x}=1.331$), mientras que en el caso de las mujeres es el benevolente ($\bar{x}=1.026$). Por último, el tipo de sexismo que más se produce en la sociedad joven, como si es hacia hombres como si es hacia mujeres, es el hostil ($\bar{x}=1.0161$).

Hipótesis 4: Los jóvenes justifican la VG o de pareja en función del género de la persona agresora.

En esta ocasión, se pretendía conocer como determinadas VI como el género, la edad, la orientación sexual, tipo de estudios, cantidad total de parejas y si tiene o no actualmente pareja, tienen efecto sobre el grado de justificación de conductas violentas en función del género de la persona que las realiza, es decir, justificación de las conductas violentas cuando es una mujer o un hombre el que las realiza, siendo estas dos variables nuestras VD.

Tabla 5
Medias y desviaciones típicas de los resultados a los cuestionarios ASI y AMI de Glick

		Sexismo Hostil						Sexismo Benevolente						Sexismo Ambivalente						
		Hacia mujeres		Hacia hombres		Ambos Géneros		Hacia mujeres		Hacia hombres		Ambos Géneros		Hacia mujeres		Hacia hombres		Ambos Géneros		
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Variables dependientes	Género	Hombres	0.86	0.87	1.28	0.95	1.07	0.71	1.2	1.28	0.84	0.96	1.02	1.04	1.03	1.01	1.06	0.78	1.05	0.80
		Mujeres	0.55	0.52	1.38	0.89	0.96	0.59	0.86	0.87	0.53	0.54	0.7	0.63	0.71	0.64	0.95	0.63	0.83	0.53
	Edad	18-19 años	0.6	0.67	1.13	0.84	0.86	0.58	0.88	1.09	0.56	0.71	0.72	0.83	0.74	0.8	0.84	0.6	0.8	0.6
		20-21 años	0.63	0.56	1.53	0.85	1.08	0.57	1.01	1.01	0.64	0.6	0.82	0.65	0.82	0.68	1.08	0.61	0.95	0.53
		22-23 años	0.63	0.63	1.16	1.03	0.89	0.63	0.83	0.94	0.6	0.57	0.71	0.69	0.73	0.72	0.87	0.69	0.8	0.6
		24-25 años	1.24	1.12	1.53	0.96	1.38	0.89	1.73	1.6	1.23	1.37	1.48	1.42	1.48	1.29	1.38	1.02	1.43	1.09
	Orientación Sexual	Heterosexual	0.8	0.81	1.22	0.90	1.01	0.69	1.25	1.23	0.73	0.92	0.99	0.98	1.02	0.94	0.98	0.76	1	0.77
		Homosexual	0.52	0.22	1.2	0.84	0.87	0.5	0.43	0.34	0.44	0.41	0.42	0.3	0.47	0.24	0.82	0.51	0.65	0.33
		Bisexual	0.55	0.64	1.6	1	1.07	0.65	0.67	0.96	0.59	0.55	0.64	0.67	0.62	0.72	1.09	0.66	0.86	0.6
		No lo sé	0.51	0.45	1.42	0.75	0.96	0.48	0.66	0.54	0.76	0.51	0.71	0.42	0.58	0.39	1.09	0.59	0.84	0.4
	Estudios	Otros	1	0.13	1.12	0.71	1.04	0.29	2.55	1.16	0.92	1.06	1.73	1.11	1.72	0.64	1.04	0.18	1.38	0.41
		Universitarios	0.67	0.69	1.31	0.91	0.99	0.63	1.01	1.11	0.66	0.72	0.83	0.82	0.84	0.81	0.98	0.68	0.91	0.65
	No universitarios	0.79	0.84	1.41	0.95	1.1	0.72	1.08	1.25	0.77	0.99	0.92	1.03	0.94	0.99	1.01	0.81	1.01	0.81	

Tabla 6
Resultados a los cuestionarios ASI y AMI de Glick

		Género		Edad		Orientación Sexual		
		F/χ2	p	F/χ2	p	F/χ2	p	
		Variables dependientes	Hostil	Hacia mujer	14,44	.001		
Ambos							331.16	.001
Benevolente	Hacia mujer		10.65	.04				
	Hacia hombre		13.1	.01				
Ambivalente	Ambos		14.31	.01				
	Hacia mujer		12.5	.01	237.53	.03	331.16	.001
	Ambos	9.98	.03					

Nota: $p < .05$

Tabla 7
Medias y desviaciones de los resultados al cuestionario de Justificación de la violencia.

		Justificación conductas de mujer		Justificación conductas de hombres	
		M	DT	M	DT
Género	Hombre	1.67	0.47	1.72	0.6
	Mujer	1.55	0.34	1.56	0.36
Edad	18-19 años	1.67	0.45	1.68	0.5
	20-21 años	1.6	0.35	1.6	0.34
	22-23 años	1.51	0.32	1.52	0.38
	24-25 años	1.75	0.54	1.93	0.84
Orientación sexual	Heterosexual	1.62	0.43	1.66	0.55
	Homosexual	1.57	0.38	1.57	0.38
	Bisexual	1.57	0.35	1.59	0.41
	No lo sé	1.79	0.42	1.76	0.38
	Otros	1.42	0.12	1.42	0.12
Pareja actual	Sí	1.58	0.40	1.62	0.54
	No	1.65	0.41	1.66	0.44
Estudios	Universitarios	1.59	0.4	1.61	0.48
	No universitarios	1.69	0.41	1.74	0.58
Cantidad de parejas	0	1.72	0.35	1.72	0.35
	1	1.55	0.4	1.55	0.4
	2	1.61	0.36	1.61	0.38
	3	1.55	0.34	1.56	0.38
	4	1.79	0.64	1.9	0.79
	5	2.12	1.04	2.33	1.37
	6	1.38	0.25	1.38	0.25
7	1.86	0.64	2.81	1.44	

Tabla 8
Resultados del análisis de los resultados al cuestionario de Justificación de la violencia

		Justificación conductas de mujeres		Justificación conductas de hombres	
		χ^2	p	χ^2	p
Variables independientes	Género	42.07	.01	43.04	.01
	Tipo de estudios	28.71	.01	32.65	.05
	Cantidad de parejas	42.09	.00	37.59	.00

Nota: $p < .05$

Discusión y conclusión

El objetivo de esta investigación era comprobar la presencia de VG o de pareja expresada a través de la dimensión de aislamiento en los jóvenes. En términos generales, los resultados de esta investigación demuestran la existencia de manifestaciones de violencia psicológica en las parejas jóvenes, como confirmaron Blázquez, Moreno y García (2011), aunque podemos destacar ciertos matices de nuestra investigación. En ésta, se plantearon hipótesis de carácter general para conocer aquellos factores que influyen en nuestra problemática.

En primer lugar, la violencia psicológica expresada a través de la dimensión de aislamiento no es el más frecuente, siendo la indiferencia afectiva la más frecuente, aspecto que coincide con el estudio realizado por García et al. (2014), siendo este hecho un resultado obtenido no esperado en nuestra investigación. Sin embargo, aun siendo la más presente su índice de frecuencia es bajo. Rivera et al.

(2007) hallaron que el 4.33% de los hombres jóvenes ejerce violencia psicológica a sus parejas frente a un 4.21% de mujeres, mientras que el 8,57% de los hombres la sufren frente a un 9.37% de mujeres, hecho que queda reflejado en nuestro estudio, a pesar de no encontrarse diferencias entre géneros, hay que mencionar que las mujeres son las que más la sufren y las que las califica en mayor proporción como signo de VG.

Al centrarnos en los rangos de edad, dentro de los 22-23 años es cuando más frecuente es este tipo de comportamientos, mientras que la población entre los 21-22 años es la que más grave los considera. También hay que mencionar que el que una persona joven haya sufrido o no VG o de pareja está influenciado por la orientación sexual, siendo la población bisexual la más afectada, las que tienen una percepción general de VG mayor al resto y la que les otorga una mayor gravedad a dichos comportamientos. Hay que resaltar que, aunque ciertos grupos destacan sobre otros en cuanto a la frecuencia en la que sufren dicha violencia, su prevalencia es baja, pues muchas expresiones de violencia en la pareja siguen sin ser percibidas (Póo y Vizcarra, 2008).

También se ha detectado que la percepción de la violencia psíquica de una persona variará en función de factores propios de cada persona particular. Es decir, ser de un género u otro marca la diferencia en cuanto al grado de normalidad de los comportamientos de aislamiento, siendo los hombres quienes más normales los consideran. También se ha demostrado que las mujeres son las que califican en mayor proporción dichos comportamientos como expresión de VG. Destacamos nuevamente el rango de edad entre los 22-23 años, pues son los que más normales los considera. En la línea de lo encontrado en los estudios de González y Mora (2014), los cuales recogen que la población no universitaria la sufre en mayor proporción, siendo considerados como la población más vulnerable; hemos detectado que la población universitaria considera mucho más graves los comportamientos de aislamiento que la no universitaria, de ahí que sean más vulnerables.

Por otro lado, la percepción de VG depende de la cantidad total de parejas, pues la experiencia en las relaciones hace que podamos considerar estas situaciones como violentas y no como muestras de afecto y cariño. Es decir, en la consideración de los hechos violentos dentro de la pareja es importante tener en cuenta la experiencia previa. Asimismo, las personas que no tienen pareja se sienten más identificados con la víctima, pues posiblemente al no encontrarse en una relación observa esta problemática desde otra perspectiva.

Asimismo, los hombres poseen más creencias y comportamientos sexistas que las mujeres, en especial orientadas hacia las mujeres, tanto si son actitudes hostiles como benevolentes, datos que se encuentran en la misma línea que los resultados obtenidos por Expósito, Moya y Glick (1998), donde se afirma que los hombres poseen una actitud más estereotipada hacia las mujeres, las cuales adoptan una posición menos sexista hacia su propio género. También se ha detectado que los hombres poseen más creencias benevolentes hacia ellos mismos, pues con este tipo de sexismo se salvaguarda su poder en la sociedad frente a la mujer (Rodríguez, 2003).

En cuanto a la edad, el rango entre los 24-25 son los que más SA ejercen hacia la mujer. También hay que mencionar que poseer y llevar a cabo conductas sexistas, especialmente las hostiles, en algunas ocasiones queda sujeto a la orientación sexual de la persona. Este hecho consideramos que puede estar sesgado, pues no se poseía una muestra equitativa por cada uno de los tipos propuestos en la clasificación. Por último, el tipo de sexismo más presente en la juventud es el SH. Si nos centramos en el tipo de sexismo que reciben los hombres tenemos que destacar el SH, mientras que hacia las mujeres el más frecuente es el SB, hechos que coincidan con el estudio realizado por Palacios y Rodríguez (2012). A pesar de que se ha detectado estos fenómenos, hay que señalar que su prevalencia es baja.

Finalmente, se ha encontrado diferencias en cuanto a la justificación de los comportamientos de violencia psicológica en función del género de la persona agresora, siendo los hombres los que más justifican el uso de la violencia dentro de la pareja, fenómeno que coincide con los trabajos de Díaz et al. (2004). En cuanto al tipo de estudios, los estudiantes no universitarios justifican en mayor medida la violencia dentro de las relaciones de pareja, que nuevamente, coincide con González y Mora (2014). Finalmente, el grado de justificación varía en función de la cantidad de parejas de la persona evaluadora, a lo que le atribuimos la misma teoría expuesta anteriormente, es decir, la experiencia hace que podamos considerar estas situaciones como violentas, no como muestras de afecto y, por tanto, no justificándolas.

La principal limitación de nuestro estudio es la casi inexistencia de literatura acerca de la variable aislamiento dentro de la VG o de pareja como fenómeno aislado, pues esta variable solo es tratada de pasada en los estudios, aun habiendo utilizado diversos criterios de búsqueda. Otra limitación que podemos encontrar está relacionada con su carácter transversal en la recogida de información, pues

al no considerar una nueva medición tras un espacio temporal limita nuestra capacidad para establecer relaciones causales. A pesar de ello, esta limitación puede ser fácilmente solventada, pero por la limitación temporal de nuestra investigación no se puede realizar otro tipo de estudio que no sea transversal. Igualmente es importante señalar que no podemos generalizar los resultados obtenidos a toda la población joven, pero, a pesar de ello, gracias a este estudio podemos realizar una estimación actual de la problemática.

En conclusión, la violencia psicológica expresada en aislamiento se da en las relaciones de la población joven pero no es la principal manifestación de violencia. Por lo que convendría elaborar programas de prevención y/o intervención de VG que ayuden a la población joven a detectar la violencia psicológica, trabajándose principalmente la indiferencia afectiva, pero sin olvidarnos de que el aislamiento social es uno de los primeros signos de violencia. Habría que hacer hincapié en la población no universitaria, la cual supone la principal población en vulnerabilidad. Se podrían tratar temas tales como la detección precoz, eliminación del lenguaje y comportamientos sexistas o educar en valores feministas, entre otros. Finalmente, sería interesante determinar por qué se encuentran diferencias significativas en función de la orientación sexual, es decir, por qué al ser bisexual, no definir su orientación o no encontrarla dentro de la clasificación dada, provoca que la persona sea más sometida a los comportamientos de aislamiento que el resto.

Es importante concluir esta investigación haciendo ahínco en la necesidad de seguir educando a la sociedad en valores que defiendan la igualdad entre géneros, ya que como bien dijo el premio Nobel de la Paz, Elie Wiesel (1986): “Ante las atrocidades tenemos que tomar partido. El silencio estimula al verdugo, no al que sufre”.

Referencias bibliográficas

- (RAE), R. A. (2019). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 4 de Mayo de 2020, de <https://dle.rae.es/feminismo>
- Barnett, O.W. (1 de Octubre de 2000). Why Battered Women Do Not Leave, Part 1: External Inhibiting Factors Within Society. *Trauma, Violence and Abuse*, 1(4), 343-372. <https://doi.org/10.1177/1524838000001004003>
- Blázquez Alonso, M., Moreno Manso, J., & García-Baamonde, M. (2011). Desarrollo de la violencia psicológica durante el noviazgo en parejas jóvenes universitarios/as. *Apuntes de Psicología*, 29(3), 397-412.
- Cantera, I., Estébanez, I., & Vázquez, N. (2009). *Violencia contra las mujeres jóvenes: la violencia psicológica en las relaciones de noviazgo*. País Vasco: BBK, Emakunde y Gobierno Vasco.
- Caro García, C., & Monreal Gimeno, M. C. (2017). Creencias del amor romántico y violencia de género. (A. y. Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Ed.) *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 47-56. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.917>
- Choi, S. Y., Cheung, Y. W., & Cheung, A. K. (24 de Mayo de 2012). Social Isolation and Spousal Violence: Comparing Female Marriage Migrants With Local Women. *Journal of Marriage and Family*, 74(3), 444-461. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2012.00963.x>
- Delgado Álvarez, C. (2010). Las raíces de la violencia de género. In N. Marchal, *Manual de lucha contra la violencia de género* (pp. 43-64). Pamplona: Pontifical University of Salamanca.
- Delgado Álvarez, C. (2011). Evaluación psicométrica de la percepción de la violencia de género en la adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 197-206.
- Delgado Álvarez, C. (2014). “What Do The Dating Violence Scales Measure?”. Salamanca: Procedia - Social and Behavioral Sciences. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.004>
- Díaz Aguado, M., Martínez Arias, R., & Martín Seaone, G. (2004). *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Díaz-Aguado Jalón, M. J. (2013). La evolución de la adolescencia española sobre la igualdad y la prevención de la violencia de género. *Colección Contra La Violencia de Género. Documentos*, 302. Retrieved from http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/estudiosinvestigaciones/PDFS/Evol_Adolescencia_Prevenion_VG.pdf
- España. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 2004, núm. 313, pp. 42166-42197.
- Estébanez Castaño, I. I. (2007). *Violencia contra las mujeres jóvenes: la violencia psicológica en las relaciones de noviazgo*. (Trabajo Fin de Máster, Universidad de Deusto). Google Académico.
- Expósito, F.; Moya, M. & Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 55, pp. 893-905.

- García, F. E., Wlodarczyk, A., Reyes Reyes, A., San Cristóbal Morales, C., & Solar Osadey, C. (2014). Violencia en la pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Ajayu*, 12(2), 246-265.
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating Hostile and Benevolent Sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 491-512.
- González Sala, F., & Mora Valero, B. (22 de Octubre de 2014). Percepción sobre la violencia de género según el nivel educativo y el género. Valencia, España. <http://doi.org/10.14635/IPSIC.2014.108.6>
- Herranz Bellido, J. (2013). *Violencia de género en la población adolescente. Guía de orientación para la familia*. Alicante: Excma. Diputación de Alicante. Unidad de Igualdad.
- Lameiras M.; Rodríguez, Y. & Sotelo, M. J. (2001). Sexism and racism in a Spanish sample of secondary school students. *Social Indicators Research*, 54(3), pp. 309-328.
- Moreno-Marimón, M., & Sastre, G. (2010). *Cómo construímos universos. Amor, cooperación y conflicto*. Barcelona: Gedisa.
- ONU. (6 de Julio de 2006). *Naciones Unidas*. Recuperado el 4 de Mayo de 2020, de Asamblea Nacional: http://www.ungei.org/N0641977_sp.pdf
- Palacios Navarro, S., & Rodríguez Vidal, I. (2012). Sexismo, hostilidad y benevolencia. Género y creencias asociadas a la violencia de pareja. *XVII Congreso de Estudios Vascos: Innovación para el progreso social sostenible* (págs. 411-431). Donostia: Eusko Ikaskuntza.
- Póo, A. M., & Vizcarra, M. B. (2008). Violencia de pareja en jóvenes universitarios. *Terapia Psicológica*, 26, 81-88
- Rivera-Rivera, L., Allen-Leigh, B., Rodríguez-Ortega, G., Chávez-Ayala, R., & Lazcano-Ponce, E. (2007). Prevalence and correlates of adolescent dating violence: baseline study of a cohort of 7,960 male and female Mexican public school students. *Preventive Medicine*, 44(6), 477-484.
- Rodríguez Castro, Y. (2003). Evaluación del sexismo ambivalente en estudiantes gallegos/as. *Acción Psicológica*, 2(2), 131-136.
- Rodríguez Castro, Y., Lameiras Fernández, M., Carrera Fernández, M. V., & Faílde Garrido, J. M. (2013). Aproximación conceptual al sexismo ambivalente: Estado de la cuestión. *Summa Psicológica*, 6(2), 131-142. <https://doi.org/10.18774/448x.2009.6.68>
- Rodríguez Castro, Y., Lameiras Fernández, M., & Carrera Fernández, M. V. (2009). *Validación de la versión reducida de las escaladas ASI y AMI en una muestra de estudiantes españoles*. Vigo: Universidad de Vigo.
- Walker, L. (1979). *The battered woman*. New York: Harper and Row.
- Yugueros García, A. J. (enero-diciembre de 2014). La Violencia contra las Mujeres: Conceptos y Causas. (A. C. Sociología, Ed.) *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias sociales*(18), 47-159. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322132553010>



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Relación entre intolerancia a la incertidumbre y expectativas de ocurrencia de amenazas: Un estudio basado en ERPs

Trabajo de fin de grado de María Luisa Kemppainen Luque,
tutorizado por Pedro Luis Cobo Cano

Resumen

Son varios los estudios que han afirmado la existencia de una relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de un estímulo aversivo, de forma que las personas altamente intolerantes tendrían expectativas excesivas respecto a la posible ocurrencia de un evento negativo. Sin embargo, esta idea ha sido evaluada por pocos estudios experimentales, los cuales obtuvieron resultados poco favorecedores. En nuestro estudio utilizaremos el registro de la SPN (del inglés, Stimulus-Preceding Negativity, en castellano, Negatividad Precedente al Estímulo), un potencial relacionado a evento que tiene que ver con las expectativas, como medida de las expectativas de los participantes ya que puede resultar menos intrusivo que el registro de juicios emitidos por los participantes. Además, es interesante porque aún no se ha demostrado su relación con la intolerancia a la incertidumbre. Por ello el objetivo de nuestro estudio es comprobar si las personas con alta puntuación en intolerancia a la incertidumbre presentan una amplitud de onda de SPN diferente a las personas con baja puntuación en una situación incierta, lo que sugeriría que sus expectativas serían distintas. En caso de que encontremos resultados que concuerden con nuestra hipótesis, supondría un aumento del conocimiento del posible origen de múltiples psicopatologías donde está implicada la intolerancia a la incertidumbre, como también la apertura a nuevas vías de tratamiento de estos trastornos centradas en trabajar en la intolerancia a la incertidumbre.

Palabras clave: intolerancia a la incertidumbre, SPN, expectativas de ocurrencia.

Abstract

Different studies have suggested the existence of a relation between intolerance of uncertainty and the overestimation of the probability of an aversive stimulus in the future. In this way, people high in intolerance of uncertainty would have over expectations about the occurrence of threats. Nevertheless, this idea has been tested by a few experimental studies, which obtained unfavorable results. We will use the SPN (Stimulus-Preceding Negativity) record, an event related potential which is related to expectations, as measure of subjects' expectations because it can be less intrusive than the record of participants judgments. Furthermore, it is interesting because it has not been proved the relationship between the SPN and intolerance of uncertainty. Due to this, the point of our study is to prove if people with high scores in intolerance of uncertainty present a different SPN wave amplitude than people with low scores, which would suggest that their expectations would be different. If our results are consistent with our hypothesis, we would improve our knowledge about the possible origin of multiple psychopathologies in which intolerance of uncertainty is involved, as well as the opening to new ways of treating these disorders by working on intolerance of uncertainty.

Keywords: intolerance of uncertainty, SPN, expectations about occurrence.

Introducción

La conducta evitativa es un mecanismo comportamental muy útil cuando existe una amenaza real, mientras que es innecesaria e incluso disruptiva cuando la amenaza real está ausente. Por ello, la excesiva implicación en el comportamiento de evitación ha sido relacionada con distintos trastornos, como son el trastorno obsesivo compulsivo (Gillan et al., 2014), el trastorno de ansiedad social (Stevens et al., 2014), el trastorno de ansiedad generalizada (Mahoney et al., 2016) o el trastorno de estrés postraumático (Thompson & Waltz, 2010), entre otros. Es más, en muchos casos se plantea que el comportamiento de evitación tiene un papel importante en el mantenimiento de estas patologías, ya que no permite a la persona experimentar una falta de relación entre el estímulo aversivo y la amenaza objetiva (Barlow, 2002; Bouton et al., 2001; Kryptos et al., 2015; Lovibond, 2006; Mineka & Zinbarg, 2006). Esta falta de relación derivaría en la perpetuación de la percepción del estímulo como aversivo, y la consecuente evitación del mismo.

Este tipo de conducta también se ha observado en individuos sanos; por ello, algunos investigadores han tratado de averiguar por qué algunas personas tienen más tendencia a evitar. En concreto, Flores et al. (2018), utilizando una tarea operante libre discriminada donde los participantes aprendían a evitar un sonido aversivo, encontraron que las personas que puntuaban alto en intolerancia a la incertidumbre prospectiva (P-IU) realizaban comportamientos de evitación excesivos e inflexibles en comparación con las personas que puntuaban bajo. Esto se pudo ver en una mayor insensibilidad de la conducta evitativa a la devaluación del resultado aversivo, un mayor índice de respuestas evitativas, y una mayor resistencia a la extinción de estas respuestas en personas con alta puntuación en P-IU.

Dugas et al. (2001) definieron la *intolerancia a la incertidumbre* como “la tendencia excesiva de un individuo a considerar como inaceptable que un evento negativo pueda ocurrir, por pequeña que sea la probabilidad de su ocurrencia”. Sin embargo, se ha mostrado que no se puede considerar la intolerancia a la incertidumbre como un constructo unificado. Por ejemplo, Birrell et al. (2011) distinguieron dos factores diferentes subyacentes medidos por la IUS, por sus siglas en inglés, *Intolerance of Uncertainty Scale* (Freeston et al., 1994): un factor prospectivo o cognitivo (P-IU), definido como “el deseo de predictibilidad y un compromiso activo en búsqueda de certidumbre”; y un factor inhibitorio (I-IU) definido como “la parálisis de la cognición y la acción frente a la incertidumbre” (Birrell et al., 2011, p.1198).

Hay estudios que muestran que la intolerancia a la incertidumbre está asociada a algunos trastornos de ansiedad, como son la fobia social (Boelen & Reijntjes, 2008) y el trastorno de estrés postraumático (Fetzner et al., 2013), así como también el trastorno obsesivo compulsivo (Tolin et al., 2003) y la depresión (McEvoy & Mahoney, 2011). Es por ello que la intolerancia a la incertidumbre se considera un factor disposicional transdiagnóstico (Birrell et al., 2011).

Grupe y Nitschke (2013) propusieron un modelo explicativo, el Modelo de Incertidumbre y Anticipación de la Ansiedad (UAMA; *Uncertainty and Anticipation Model of Anxiety*), con el objetivo de desentrañar por qué la incertidumbre resulta ser tan perturbadora en la ansiedad. En el modelo se plantean varios procesos que intervienen en las respuestas desadaptativas realizadas en situaciones inciertas, que podrían explicar la implicación excesiva en conductas de evitación en personas que puntúan alto en intolerancia a la incertidumbre, entre los que se encuentra la sobreestimación del coste y de la probabilidad de ocurrencia de la amenaza. Esta relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la tendencia a sobreestimar la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos también ha sido expuesta en varios trabajos (Dugas et al., 2004; Dugas et al., 2005; Koerner & Dugas, 2008; Ladouceur et al., 1997; visto en Shihata et al., 2016). Sin embargo, a día de hoy hay pocos trabajos donde se haya investigado esta relación, y los escasos estudios existentes arrojan resultados conflictivos. Por ello, el objetivo de nuestro trabajo es analizar la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la generación de sobre expectativas de amenaza en situaciones inciertas.

Chen y Lovibond (2016) llevaron a cabo un experimento donde contaban con una situación incierta y con una situación ambigua. Según ellos, una situación incierta sería aquella en la que la probabilidad de ocurrencia de un evento es conocida, mientras que una situación ambigua sería aquella en la que se desconoce esa probabilidad. Para estudiar estas diferencias y cómo pueden influir en la estimación de la probabilidad de ocurrencia de un evento negativo, diseñaron un experimento compuesto por cuatro condiciones: 1) tras la aparición de un estímulo neutro la posibilidad de ocurrencia de un estímulo aversivo era del 100%, 2) tras la aparición de un estímulo neutro la posibilidad de ocurrencia de un estímulo aversivo era del 50%, 3) tras la aparición de un estímulo neutro la posibilidad de ocurrencia de un estímulo aversivo era nula, y 4) tras la aparición de un estímulo neutro la posibilidad de ocurrencia de un estímulo aversivo era del 50%, solo que no se les informaba a los participantes sobre esta probabilidad, creando así una situación ambigua. La estimación de la probabilidad de ocurrencia del estímulo aversivo se midió de dos formas: pidiéndoles a los participantes que estimaran su grado de expectativa

de ocurrencia de la imagen aversiva en cada ensayo, tras la aparición del estímulo neutro y antes de la presentación de la imagen, y preguntándoles al final del experimento en qué medida pensaban que cada estímulo neutro iba seguido por el estímulo aversivo. La variable dependiente era el juicio de expectativa de los participantes, y la variable independiente era el tipo de situación (100% amenaza vs ambigua vs incierta vs 0% amenaza). Encontraron que los participantes con alta intolerancia a la incertidumbre presentaron una mayor estimación de ocurrencia del estímulo aversivo en la situación ambigua solamente, en comparación con los participantes con baja intolerancia; aunque no encontraron ninguna interacción significativa entre el tipo de situación y la intolerancia a la incertidumbre.

Sin embargo, el estudio de Chen y Lovibond (2016) presenta ciertas limitaciones que ponen en duda la consistencia de los resultados obtenidos. Por un lado, la interacción encontrada entre la intolerancia a la incertidumbre y el tipo de situación ambiguo fue marginalmente significativa solamente. Los análisis de los efectos simples realizados no incluyeron la corrección del α para protegerse del aumento del error de tipo I debido a la realización de múltiples pruebas de contraste, y cuando se utiliza el factor de corrección de Bonferroni la diferencia entre el grupo de alta intolerancia a incertidumbre y el de baja intolerancia en la condición ambigua deja de ser significativa. Por otro lado, que los participantes conociesen la probabilidad de la situación incierta desde un primer momento podría haber influenciado su estimación de ocurrencia del evento negativo cuando se les pedía al final del experimento, de forma que podrían haber respondido con esta probabilidad y no de acuerdo con su percepción subjetiva. Otra limitación de este estudio recae en el diseño utilizado, ya que usaron condiciones experimentales extremas de incertidumbre (no incertidumbre en 0% y 100% de amenaza, e incertidumbre total en 50% de amenaza). Como se puede ver en Tanovic et al. (2018), el día a día se caracteriza por las diversas posibilidades de que ocurran resultados inciertos, así que en un diseño con condiciones extremas la realidad no está bien representada, reduciendo considerablemente la validez ecológica y la posibilidad de encontrar diferencias individuales.

Gómez et al. (2018) realizaron un experimento basado en el estudio de Flores et al. (2018) para evaluar la asociación entre la intolerancia a la incertidumbre y las expectativas sobre la ocurrencia de un estímulo aversivo. El estudio estaba compuesto por dos fases, una pavloviana, y otra instrumental. En la fase pavloviana se presentaban aleatoriamente seis imágenes neutras, una cada vez, nombradas EC_{1A} , EC_{1B} , EC_{2A} , EC_{2B} , EC_{3A} , EC_{3B} (EC: estímulo condicionado). Tanto los estímulos EC_1 como los EC_2 iban seguidos de un estímulo aversivo sonoro en un 50% de las ocasiones, mientras que a los estímulos EC_3 no les sucedía ningún estímulo aversivo. Tras cada ensayo, cuando terminaba el tiempo de aparición del estímulo condicionado (la imagen), los participantes tenían que responder cuál era su expectativa respecto a la aparición de dicho estímulo aversivo, y después, si era el caso, aparecía el sonido aversivo (estímulo incondicionado). Tras esta fase se realizaba una fase instrumental, en la que los participantes tenían la oportunidad de reducir al 10% la probabilidad de que apareciese el estímulo aversivo si llevaban a cabo la respuesta correcta en las condiciones EC_{1A} y EC_{1B} , pudiendo en cierta forma evitarlo. En caso de no realizar la conducta adecuada la probabilidad de aparición del sonido aversivo se mantenía en 50%. El resto de las condiciones permanecía igual a la fase anterior, independientemente de la respuesta que hiciesen los participantes. De manera similar a la fase pavloviana, tras cada ensayo, una vez emitida la respuesta de evitación, se les preguntaba por su expectativa respecto a la aparición del estímulo aversivo, y después aparecía el estímulo aversivo o no, según el caso. Estas dos fases eran repetidas cuatro veces siguiendo el mismo orden. Para evaluar si la intolerancia a la incertidumbre estaba relacionada con las expectativas de aparición del estímulo aversivo realizaron un análisis de regresión, pero sus resultados no resultaron significativos.

Contreras et al. (2019) llevaron a cabo un estudio basándose en el de Gómez et al. (2018), con el propósito de superar algunas de sus limitaciones, y replicar sus resultados. Para ello introdujo una situación de baja incertidumbre (10%) y otra de con alta incertidumbre (50%) para comprobar la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y las expectativas en cada una de estas situaciones. Además, requirió el juicio de los participantes un menor número de veces, porque preguntar mucho podría invitar a la persona a razonar en exceso, pudiendo adulterar la respuesta. La tarea estaba compuesta por diferentes fases: una pavloviana y otra instrumental. En la fase pavloviana los ensayos EC_1 y EC_2 iban seguidos del estímulo incondicionado (sonido aversivo) en el 50% de las ocasiones, siendo condiciones de alta incertidumbre; mientras que en los ensayos EC_3 y EC_4 la probabilidad de aparición del sonido aversivo era del 10%, por lo que eran las condiciones de baja incertidumbre. En la fase instrumental los participantes tenían la posibilidad de evitar en cierta medida la aparición del estímulo incondicionado en los ensayos EC_1 y EC_3 si emitían la respuesta correcta. En caso de hacerlo, la probabilidad de ocurrencia del estímulo incondicionado se reducía al 10% y al 0% respectivamente. Ambas fases se alternaban sucesivamente y se repetían dos veces. En las dos fases, cada vez que aparecía el EC_1 en

cinco ocasiones, se les preguntaba a los participantes por sus expectativas de ocurrencia del sonido aversivo antes de la aparición del estímulo incondicionado; y así también ocurría con el EC₂, el EC₃ y el EC₄. Los resultados obtenidos en el estudio indicaron que no había relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la estimación de ocurrencia del estímulo aversivo. La limitación de esta investigación recae en el uso de juicios como única medida de las expectativas sobre la ocurrencia de un estímulo aversivo.

Además de los juicios, otras medidas que se utilizan para evaluar la expectación de ocurrencia de un evento son, por ejemplo, la conductancia de la piel o la SPN (*Stimulus-Preceding Negativity*, en castellano, Negatividad Precedente al Estímulo). El problema de estas medidas se encuentra en que hay varios estudios que muestran la existencia de una disociación entre estas medidas y los juicios, como son los estudios de Morriss et al. (2016) y Morriss et al. (2019).

La SPN es otra medida en la que recae especial atención últimamente y que se define como un potencial negativo cortical lento que se desencadena cuando se espera un acontecimiento (Hajcak et al., 2011), y que se piensa que se genera en la corteza cingulada anterior y en la corteza insular (van Boxtel & Böcker, 2004). La SPN aumenta por la emoción negativa (Böcker et al., 2011) y por la incertidumbre en situaciones donde los resultados son neutros (Catena et al., 2012), recompensantes (Foti & Hajcak, 2012) o amenazantes (Seidel et al., 2015).

Kotani et al. (2003) llevaron a cabo un estudio para investigar los efectos de los niveles motivacionales y de información del feedback de los estímulos en la SPN. Usaron una tarea de estimación de tiempo donde los participantes tenían que predecir cuándo iba a aparecer un determinado estímulo, que comprendía cuatro condiciones: (a) alta información, donde los participantes recibían información sobre la exactitud (correcto o incorrecto), la dirección del error (infra o sobreestimado), y el grado de precisión (preciso o menos preciso) de su tiempo de estimación; (b) baja información, en la que solo recibían información sobre la exactitud únicamente, (c) recompensa, en la que los participantes eran recompensados por las estimaciones exactas del tiempo, y (d) no recompensa, donde no recibían ninguna recompensa aunque respondiesen exactamente. Sus resultados mostraron que la amplitud de la SPN fue mayor en las condiciones de alta información y recompensa, en comparación con las condiciones de baja información y no recompensa.

Fuentemilla et al. (2013) realizaron una investigación sobre la relación entre la SPN y estados motivacionales/atencionales intensificados cuando se esperan recompensas gratificantes poco probables, utilizando para ello dos tareas. En la primera tarea los participantes tenían que aprender la correcta asociación entre una imagen y la pulsación de un botón concreto, ya que si pulsaban el botón correcto podrían recibir a veces una recompensa, mientras que si se equivocaban no recibían nada. La tarea estaba compuesta por cinco bloques, cada uno de ellos con una posibilidad diferente de obtener la recompensa en caso de pulsar el botón correcto (10%, 30%, 50%, 70% y 90%), y su aparición era pseudo-aleatoria. La segunda tarea tenía un diseño parecido a la primera, ya que los participantes también tenían que aprender la asociación entre imágenes y el botón correcto que tenían que pulsar para cada una de ellas. La diferencia entre ambas tareas es que en esta última había dos condiciones diferentes, una de ellas donde los participantes podían ganar o no ganar la recompensa, y otra donde podían perder parte de la recompensa acumulada o evitar esta pérdida si pulsaban el botón correcto. Al igual que en la tarea anterior, cada condición estaba compuesta por cinco bloques con diferentes probabilidades de ganar la recompensa o de evitar la pérdida de parte de la recompensa acumulada (10%, 30%, 50%, 70% y 90%). Durante la segunda tarea los participantes tenían que estimar su estado emocional mediante una escala. Fuentemilla y colaboradores encontraron que la amplitud de la SPN era mayor según la recompensa era más inesperada. Estos resultados junto con los de Kotani et al. (2013) muestran también que la amplitud de onda de la SPN es mayor cuando el feedback que se va a recibir es más intenso.

Morís et al. (2013) llevaron a cabo un estudio para investigar la relación entre la SPN y el nivel de aprendizaje alcanzado por una persona. Para ello utilizaron una tarea de aprendizaje asociativo, donde los participantes tenían que aprender la asociación entre la alergia de pacientes ficticios y el objeto que la provocaba, compuesta por una fase de entrenamiento y otra de aprendizaje. Había ensayos con solo una imagen que reflejaba un posible alérgeno y otros ensayos donde había dos imágenes. En la tarea había cinco tipos de asociaciones que tenían que aprender los participantes en cada bloque; tres de estas asociaciones tenían como resultado que el paciente ficticio era alérgico, y dos de ellas que el paciente no lo era. Encontraron que, según progresaba el aprendizaje de los participantes, la amplitud de sus SPN disminuía; como también que la amplitud de la SPN era mayor en los ensayos donde la respuesta era correcta que cuando era incorrecta. Estos resultados muestran que la SPN podría ser considerada como un índice electrofisiológico de los procesos cognitivos que se realizan cuando se espera la aparición de un feedback relevante.

Sin embargo, ninguno de los estudios anteriores se interesó por evaluar una posible relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la SPN. El único estudio conocido por investigar esta asociación es el de Tanovic et al. (2018). Para ello llevaron a cabo un experimento, donde además tenían la intención de solventar el problema de los diseños con situaciones de incertidumbre extrema, por lo que incluyeron situaciones que comprendían entre el 0% y el 100% de probabilidad de ocurrencia de un shock eléctrico aversivo. Su interés se encontraba en cómo diferentes niveles de incertidumbre afectan a la atención y a la emoción anticipatoria, y en cómo estos efectos están mediados por diferencias individuales en la intolerancia a la incertidumbre y la preocupación. Para ello examinaron dos potenciales evocados relacionados con eventos: el P2, que es un índice de atención, y el SPN. Utilizaron una tarea de Ring y Kaembach (2015), pero modificada, que consistía en un juego de cartas contra un ordenador, donde los participantes debían escoger una de las diez cartas presentadas boca abajo y el objetivo era que eligieran una carta con un número alto. En caso de escoger una carta más baja que el ordenador tenían un 50% de posibilidades de recibir un shock eléctrico. Tanovic y colaboradores añadieron dos condiciones más: una condición en la que tenían el 100% de posibilidades de recibir el shock eléctrico, y otra en la que las probabilidades se reducían al 0%, independientemente de la carta escogida por el ordenador. Independientemente de la carta escogida por el participante, el resultado era predeterminado al comienzo del ensayo. Sus resultados mostraron una relación significativa entre el P2 y la intolerancia a la incertidumbre, aunque de forma contraria a lo que habían hipotetizado. Sin embargo, no encontraron una asociación significativa entre la SPN y la intolerancia a la incertidumbre.

El hecho de que Tanovic et al. (2018) no encontrasen relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la SPN puede deberse al hecho de que la tarea no era lo suficientemente sensible, ya que no implicaba un aprendizaje de la probabilidad de ocurrencia del evento aversivo. Como se ve en Morís et al. (2013), la SPN es un índice atencional que está a disposición del aprendizaje; si no hay aprendizaje, la disposición atencional se reduce, por lo que la amplitud de la SPN es menor. Es por ello que en el estudio de Tanovic y colaboradores, al informar desde un primer momento de las probabilidades de ocurrencia del estímulo aversivo, la implicación de la SPN podría haber sido menor, haciendo que les fuese más difícil obtener diferencias individuales.

Con el propósito de superar las limitaciones de los estudios previamente presentados, nuestro estudio va a consistir en una réplica no exacta del estudio de Contreras et al. (2019), donde vamos a sustituir el uso de juicios por el registro de la SPN como medida de la expectativa de ocurrencia. Por consiguiente, al no haber ningún estudio que demuestre la relación entre la SPN y la intolerancia a la incertidumbre, nuestro objetivo es comprobar si las personas con alta intolerancia a la incertidumbre presentan diferencias en la amplitud de onda de la SPN en comparación con personas que puntúan bajo en intolerancia a la incertidumbre en presencia de situaciones inciertas cuyas probabilidades no son conocidas a priori, con el fin de que haya una mayor implicación por parte de los participantes y así tengamos mayores posibilidades de obtener sus SPN. La hipótesis que se propone es que las personas que puntúan alto en intolerancia a la incertidumbre presentarán una amplitud de onda mayor que las que puntúan bajo, sugiriendo entonces que sus expectativas de ocurrencia son también mayores.

Método

Participantes y aparatos

La muestra que utilizaremos estará compuesta por 52 participantes con las puntuaciones más altas y más bajas, extraídos de una muestra mayor de 200 personas, ya que nos interesan las personas con puntuaciones extremas para poder obtener diferencias claras entre ellas, y a poder ser estudiantes de la Universidad de Málaga por la fácil disponibilidad. El número de participantes ha sido calculado utilizando el programa GPower, estableciendo un nivel de significación de .05, una potencia estadística de .8, y un tamaño del efecto η^2 de .4. El tamaño del efecto fue establecido de acuerdo con el estudio de Morís et al. (2013).

Todos los participantes realizarán todas las condiciones de la tarea experimental. Se realizará en una sala equipada con un dispositivo de registro de EEG y dos ordenadores, uno de ellos será donde los participantes realicen la tarea y el otro servirá para seguir el registro de EEG y donde se integrará el registro con la información de la tarea. Estos ordenadores están equipados con el programa E-Prime® 2.0 (*Psychology Software Tools*, USA) y auriculares (Senheiser® HD-201 model). Las respuestas emitidas por los participantes se recogerán con un teclado QWERTY estándar y un ratón de ordenador; mientras que sus EEGs se registrarán a través de electrodos de estaño colocados en posiciones concretas especificadas posteriormente.

Cuestionarios

Se utilizará la adaptación española del cuestionario IUS (*Intolerance of Uncertainty Scale*, Freeston et al., 1994; adaptado al español por González Rodríguez et al., 2006) y el STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*, Spielberger et al., 1970). El IUS es un cuestionario de autorregistro compuesto por 27 ítems. En él se mide tanto el desagrado hacia la incertidumbre como la reacción de las personas ante ésta a través de una escala Likert desde 1 (*nada característico en mí*) a 5 (*extremadamente característico en mí*). En el inventario se diferencian dos factores diferentes subyacentes: la intolerancia a la incertidumbre prospectiva (11 ítems) y la intolerancia a la incertidumbre inhibitoria (16 ítems). Tiene una consistencia interna de .91 y una fiabilidad test-retest de .78 (Dugas et al., 1997).

El STAI es un cuestionario de autoinforme integrado por 40 ítems, el cual mide el grado de ansiedad rasgo (20 ítems) y de ansiedad estado (20 ítems) de las personas mediante una escala Likert desde 0 (*nada*, en la subescala de rasgo; *casi nunca*, en la escala de estado) a 3 (*mucho*, en la subescala de rasgo; *casi siempre* en la subescala de estado). En este estudio el interés recae en la ansiedad rasgo. Tiene una consistencia interna entre .96 y .95, y un coeficiente de fiabilidad test-retest entre .65 y .75 (Spielberger et al., 1970).

Registro de EEG

Para registrar los datos electrofisiológicos (EEG; frecuencia de muestreo = 500Hz; filtro de paso de banda en línea = .015-1000 Hz) se utilizarán 29 electrodos de estaño colocados en el cuero cabelludo (posiciones de los electrodos: FPz, FP1/2, Fz, F3/4, F7/8, FCz, FC3/4, Cz, C3/4, CPz, CP3/4, Pz, P3/4, TP7/8, T3/4, T5/6, Oz, O1/2, en los mastoides derecho e izquierdo). La referencia se colocará en los mastoides. Se registrarán los electrooculogramas verticales y horizontales, y se usarán para el rechazo de artefactos. La impedancia de todos los electrodos se mantendrá por debajo de 5 k Ω . Antes de realizar los análisis estadísticos, los datos se filtrarán a 50 Hz y 60 Hz con un filtro notch (para atenuar el ruido de la línea eléctrica), y a 30Hz usando un filtro Butterworth de paso bajo (rollo de 12 dB/oct) como se implementó en la ERPLAB toolbox V6.1.3. (López-Calderón & Luck, 2014). Como criterio para el rechazo de artefactos, excluirémos los momentos en los que la amplitud entre picos en los electrooculogramas exceda $\pm 85\mu\text{V}$ (ventana móvil = 200 ms, paso móvil = 20 ms) o en los que la actividad sea $\pm 200\mu\text{V}$ en cualquier otro canal. Después, se llevarán a cabo inspecciones visuales adicionales de la señal resultante para cada sujeto individualmente.

Diseño y estímulos

La tarea que tienen que realizar los participantes estará compuesta por dos fases de aprendizaje diferentes: una de carácter pavloviano y otra instrumental. En la fase pavloviana los participantes tendrán que aprender las diferentes probabilidades de aparición de un estímulo incondicionado aversivo (EI) en función del estímulo condicionado (EC) presentado. La probabilidad de aparición del EI tras el EC₁ y el EC₂ será del 50%, por lo que son condiciones de alta incertidumbre; mientras que en el caso del EC₃ y el EC₄ la probabilidad será del 10%, siendo condiciones de baja incertidumbre.

En la fase instrumental los participantes tendrán cierta posibilidad de evitar la ocurrencia del EI en caso de que emitan la respuesta correcta en los ensayos de EC₁ y EC₃. En caso de realizarla, la probabilidad de ocurrencia del estímulo aversivo se reducirá al 10% y al 0%, respectivamente.

Los estímulos elegidos como ECs son cuatro figuras geométricas de colores, un círculo azul, un trapecio naranja, un rombo verde y un triángulo rojo, de un promedio de 4 x 6 cm, contenidas en un marco blanco de 10,7 cm de alto y 11,5 cm de ancho, controlados de forma que tengan la misma intensidad lumínica y presentados en el centro de la pantalla. El fondo de la pantalla será siempre negro. Los participantes se sentarán a unos 50-60 cm de distancia de la pantalla. La asignación de los estímulos a los diferentes EC será contrabalanceada aleatoriamente.

En el tramo de 2000 ms que transcurrirá entre un ensayo y otro en ambas fases aparecerá el símbolo de un ojo, haciendo saber a los participantes que pueden parpadear. El símbolo es de color blanco, con un tamaño de 4x6 cm, y se presentará en el centro de la pantalla. El fondo de la pantalla será negro.

El estímulo aversivo utilizado como EI es un pitido de 1 segundo de duración, de 44,100 Hz y 97 \pm 3 db de volumen.

Procedimiento

Una semana antes de llevar a cabo el experimento, los participantes tendrán que rellenar los cuestionarios vía online en clase, como también firmar el consentimiento informado. Cuando lleguen al laboratorio se les dará la información básica sobre el experimento que van a realizar: la duración que va a tener (aproximadamente será una hora y media), la presencia de un sonido aversivo, pero no pernicioso, la posibilidad de abandonar en cualquier momento el experimento si así lo desean y, por último, se les colocará el gorro de electrodos y se les pedirá que se pongan los auriculares para poder comenzar. Los participantes acudirán al laboratorio individualmente debido a que sólo se dispone de un ordenador para que realicen el experimento y un dispositivo de registro de EEG.

En primer lugar, aparecerán en la pantalla las instrucciones que deben leer, donde se especifica que el experimento está constituido por dos fases, una de carácter pavloviano y otra instrumental, y que en cada una de ellas se les mostrará las instrucciones sobre lo que tienen que hacer. Después se les explicará que, en los ensayos de la fase pavloviana, en el centro de la pantalla aparecerá una cruz donde deberán fijar la mirada todo el tiempo, y que tras ella aparecerá una figura. También se les informará de que un sonido desagradable podrá seguir a algunas de las figuras, y que su probabilidad de aparición variará en función de la imagen mostrada. Además, que tras cada ensayo la pantalla se quedará en negro con un símbolo de un ojo, lo que indica que comenzará un periodo de 2000 ms donde los participantes podrán parpadear, no pudiendo hacerlo en otro momento de cualquier ensayo. Por último, antes de comenzar con el experimento se les realizarán unas preguntas que deberán responder utilizando el teclado numérico.

En segundo lugar, realizarán algunos ensayos a modo de ejemplo utilizando figuras diferentes a las del experimento en sí. Después de estos ensayos, antes de comenzar la fase pavloviana, se les presentará el EI y se les pedirá que contesten dos preguntas que permiten medir la aversión al estímulo “¿En qué medida el ruido te produce molestia o desagrado?”, utilizando una escala del uno al nueve (1 = *no me produce molestia o desagrado en absoluto*, 9 = *me produce mucha molestia o desagrado*), y “¿En qué medida el ruido te produce sobresalto?”, con otra escala del uno al nueve (1 = *no me produce sobresalto*, 9 = *me produce mucho sobresalto*). Para responder utilizarán el teclado numérico. Posteriormente comenzará la fase pavloviana, cuyos ensayos tienen la siguiente composición: en un primer momento se presentará un punto de fijación con una duración entre 800 y 1200 milisegundos (ms). Inmediatamente después se mostrará aleatoriamente uno de los cuatro estímulos condicionados en el centro de la pantalla (EC₁, EC₂, EC₃ y EC₄) durante 1000 ms. Entonces aparecerá, si procede, el EI durante 1000 ms. Seguidamente la pantalla se quedará en negro y se mostrará un símbolo de un ojo durante 2000 ms, periodo en el que los participantes podrán parpadear, y posteriormente comenzará el siguiente ensayo. Cada estímulo se presentará 60 veces en total, repartidos en seis ciclos sucesivos de diez, por lo que para comenzar el siguiente ciclo tendrán que completar 40 ensayos, de forma que esta fase estará compuesta por 240 ensayos.

Al terminar esta fase se mostrarán las instrucciones de la fase instrumental, donde se indicará que es similar a la pavloviana, pero en este caso su objetivo será intentar evitar o reducir la aparición del sonido aversivo. Como también que solo será posible hacerlo en presencia de dos de las cuatro figuras presentadas en la fase anterior, así que tendrán que aprender cuáles son. Además, se les dirá que, bajo la figura que se presente, aparecerán los dibujos de las flechas derecha e izquierda, que hacen referencia al botón derecho e izquierdo del ratón, lo que indica que podrán pulsar estos botones del ratón utilizando su mano derecha para poder evitar o reducir la probabilidad de aparición del sonido. Uno de los botones será eficaz para evitar el sonido aversivo en presencia de uno de los ECs, mientras que el otro botón lo será para otro de ellos, y para los ECs restantes no tendrán efecto alguno. Habrá un tiempo límite de respuesta de 1000 ms. En caso de que los participantes no emitan una respuesta en el tiempo dado aparecerá una pantalla roja muy llamativa con el mensaje *Demasiado lento* durante 1000 ms. Además, ese ensayo se rechazaría. Por ello también se les informará de que están obligados a responder en cualquier ensayo. El objetivo de esto reside en que así podamos comparar los diferentes tipos de SPN en cada ensayo.

Después de mostrar las instrucciones comenzará la fase instrumental, la cual tendrá una estructura muy similar a la anterior: en cada ensayo, primero aparecerá un punto de fijación en un periodo de tiempo de 800 a 1200 ms, y a continuación se mostrará el EC durante 1000 ms. Después de este tiempo se mostrará bajo la figura los dibujos de las flechas derecha e izquierda durante 1000 ms, lo que indica que el participante podrá responder pulsando las teclas del ratón. Tras los 1000 ms siguientes a la respuesta aparecerá, si procede, el EI durante 1000 ms. Al igual que en la fase anterior, al terminar un ensayo la pantalla permanecerá en negro con un símbolo de un ojo en el centro durante 2000 ms, indicando que los participantes podrán parpadear, y tras los cuales comenzará el siguiente ensayo.

Cada estímulo se presentará 60 veces en total, repartidos en seis ciclos sucesivos de diez, por lo que para comenzar el siguiente ciclo tendrán que completar 40 ensayos, de forma que esta fase estará compuesta por 240 ensayos.

Una vez finalizada la fase instrumental se les realizará algunas preguntas con el propósito de evaluar las expectativas de aparición del EI, la percepción de control del EI, como también para medir de nuevo el grado de aversión hacia el sonido aversivo tras el experimento. Las preguntas son “¿En qué medida crees que aparecerá el ruido en presencia de esta figura si no respondes adecuadamente?”, teniendo que responder a través de una escala del uno al nueve (1 = *no espero el ruido en absoluto*, 5 = *espero el ruido en un 50%*, 9 = *espero el ruido totalmente*), y “Cuando aparecía esta figura, ¿en qué medida crees que podías evitar el ruido?”, realizando esta pregunta con cada EC mediante una escala del uno al nueve. También se les preguntará por la molestia y el sobresalto que les produce el EI, utilizando las mismas preguntas que al comienzo del experimento “¿En qué medida el ruido te produce molestia o desagrado?”, y “¿En qué medida el ruido te produce sobresalto?”.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizarán usando el IBM SPSS versión 24 (IBM Corp. 1989, 2016). En ellos tendremos en cuenta un criterio de rechazo de $\alpha = .05$.

En la fase pavloviana sólo tendremos en cuenta las últimas 40 repeticiones por cada tipo de ensayo, porque consideramos que las 20 primeras suponen un periodo de aprendizaje de la dinámica de los ensayos que componen esta fase. En la fase instrumental también consideraremos las últimas 40 repeticiones de cada tipo de ensayo. Además, en esta fase sólo tendremos en cuenta los ensayos de respuesta correcta, ya que al haber una serie de ensayos donde los participantes pueden aprender el funcionamiento y lo que tienen que hacer, creemos que no ocurrirán a penas ensayos de respuesta errónea.

Procesamiento de datos de la señal de EEG

Se llevará a cabo un ANOVA de medidas repetidas utilizando el voltaje medio del electrodo Fz en los últimos 200 ms dentro de la ventana temporal de 1000 ms que dará comienzo cuando se presenta el EC en la fase pavloviana, y cuando los participantes emiten una respuesta en la fase instrumental, utilizando una línea base establecida en los 200 ms previos a la presentación del EC. Esto es así porque, tanto en Tanovic et al. (2018) y en Morís et al. (2013), la ventana temporal donde se registró una mayor actividad de la SPN fue en los 200 ms previos a la revelación del sonido aversivo, siendo en el electrodo Fz donde se encontró que la SPN era máxima. Utilizaremos una línea base igual a la de Morís et al. (2013) para eliminar ruidos y que así la medida no esté alterada por una activación de la línea base. A la hora de establecer el tiempo necesario para poder obtener la SPN nos basamos en los trabajos de Morís et al. (2013) y Morís et al. (2019), ya que en ellos se utiliza este tramo de tiempo y consiguen obtener efectos en la SPN.

Análisis de EEG en fase pavloviana

Esperamos encontrar un efecto respecto al nivel de incertidumbre, tal que la SPN registrada en ambos grupos de participantes sea mayor en los ensayos de alta incertidumbre (EC₁ y EC₂), en comparación a la SPN en los ensayos de baja incertidumbre (EC₃ y EC₄). Como también que el grupo de altos intolerantes a la incertidumbre presentará registros de SPN mayores en comparación al grupo de bajos intolerantes. En cuanto a la posible interacción entre el nivel de incertidumbre y la intolerancia a la incertidumbre podríamos esperar que, en los ensayos de alta incertidumbre, tanto las personas con alta intolerancia como con baja intolerancia presentarán una SPN similar debido a que se trata de ensayos de máxima incertidumbre. Mientras que en los ensayos de baja incertidumbre podríamos observar diferencias entre los altos y los bajos intolerantes, ya que los altos intolerantes podrían encontrar muy molesta e intolerable esta mínima posibilidad de ocurrencia del sonido aversivo, de acuerdo con la definición de intolerancia a la incertidumbre (Dugas et al., 2001). Por lo que las personas con alta intolerancia a la incertidumbre presentarían una SPN mayor en comparación a las personas con baja intolerancia.

Para comprobar estas hipótesis realizaremos un ANOVA mixto 2 (intolerancia a la incertidumbre: alta vs baja) x 2 (nivel de incertidumbre: alta vs baja), donde el primer factor es inter-sujeto y el segundo es intra-sujeto.

Análisis de EEG en fase instrumental

Compararemos la condición EC_1 con la EC_2 y la EC_3 con la EC_4 ya que en un primer momento de la tarea tienen el mismo nivel de incertidumbre, y así podremos ver el efecto que pueda tener el hecho de poder controlar la aparición del sonido aversivo en la intolerancia a la incertidumbre.

Por un lado, al comparar el EC_1 con el EC_2 , como son dos estímulos con niveles diferentes de incertidumbre (.1 para el EC_1 si se realiza la respuesta adecuada, .5 para el EC_2), esperamos encontrar diferencias claras respecto a la SPN entre una condición y otra. Como también que existan diferencias en la SPN en cuanto al nivel de intolerancia a la incertidumbre de los participantes, siendo el grupo de altos intolerantes quienes presenten una SPN mayor. Por otro lado, considerando una posible interacción entre el nivel de incertidumbre y el grado de intolerancia a la incertidumbre, podríamos encontrar diferencias entre las personas con alta intolerancia y las personas con baja intolerancia en el EC_1 , ya que, aunque sea una condición de baja incertidumbre las personas con alta intolerancia la podrían encontrar muy molesta e intolerable, con base en la definición de intolerancia a la incertidumbre (Dugas et al., 2001). Mientras que en la condición EC_2 podría no haber diferencias entre los altos y los bajos intolerantes al ser una situación de máxima incertidumbre.

Respecto a la comparación entre la condición EC_3 con la EC_4 , esperamos encontrar diferencias en SPN entre ambas condiciones, ya que en la EC_3 no hay posibilidad de que se presente el EI si se emite la respuesta correcta, mientras que en la EC_4 sí existe una pequeña posibilidad de ocurrencia (.1). También creemos que habrá diferencias en cuanto a la SPN si tenemos en cuenta el nivel de intolerancia a la incertidumbre, siendo los altos intolerantes los que presenten una mayor SPN. Con base en la posible interacción entre nivel de intolerancia a la incertidumbre y nivel de incertidumbre podríamos esperar que en la condición EC_3 no existan diferencias significativas respecto a los altos intolerantes y los bajos intolerante al no haber apenas posibilidades de que se presente el EI. Mientras que, respecto a la condición EC_4 , al igual que con la EC_1 , los altos intolerantes podrían presentar una mayor SPN en comparación a los bajos intolerantes teniendo en cuenta la definición de intolerancia a la incertidumbre (Dugas et al., 2001).

Para comprobar las hipótesis anteriores llevaremos a cabo un ANOVA mixto 2 (probabilidad de ocurrencia del EI: alta vs baja) x 2 (condición de controlabilidad: alta vs nula) x 2 (intolerancia a la incertidumbre: alta vs baja), siendo las dos primeras variables intra-sujeto, y la última una variable inter-sujeto, para ambas comparaciones.

Otros análisis

Se realizarán análisis exploratorios sobre la aversión del sonido, la respuesta de sobresalto, la percepción de control y las expectativas de ocurrencia del sonido aversivo para descartar que los resultados que obtengamos sean debidos a que el sonido no sea lo suficientemente aversivo, no cause respuesta de sobresalto o haya habituación a éste. También nos interesa la percepción de control de los participantes, ya que un aspecto importante en este diseño es que la sobreestimación realizada por los participantes con alta intolerancia a la incertidumbre podría tener lugar sobre todo en situaciones donde hay cierto control del sonido aversivo. De forma que las personas con alta intolerancia tendrían una menor percepción de control de los estímulos, teniendo consecuentemente una mayor SPN. Esto podría deberse a altas exigencias por parte de ellos mismos por tener el control de la situación, ya que consideran cualquier mínima posibilidad de ocurrencia de un evento negativo totalmente inaceptable, de acuerdo a la definición de Dugas et al. (2001). Es más, hay varios autores que hablan de la posible relación entre la percepción de control y la intolerancia a la incertidumbre (Boswell et al., 2013; Carleton, 2016; visto en Flores et al., 2020), pero no hay estudios que realmente lo hayan investigado. Por último, analizar las expectativas de ocurrencia del sonido aversivo nos servirá para ver si las medidas realizadas con los juicios emitidos por los propios participantes coinciden con la medida de la SPN, coincidiendo o no con nuestra hipótesis.

Análisis sonido aversivo y respuesta de sobresalto

Para asegurarnos de que los grupos de intolerancia a la incertidumbre son equivalentes en cuanto a la percepción de la aversión del sonido, compararemos tanto los juicios de valencia emocional como los de sobresalto. Para ello emplearemos una *t* de Student para muestras independientes, teniendo en cuenta las respuestas a las preguntas “¿En qué medida el ruido te produce molestia o desagrado?” y “¿En qué medida el ruido te produce sobresalto?”, realizadas al comienzo y al final del experimento.

Análisis percepción de control y expectativas de ocurrencia del EI

Nos interesa testar posibles diferencias en cuanto a percepción de control y expectativas de ocurrencia ante alta intolerancia y baja intolerancia a la incertidumbre, como también si esas diferencias están moduladas por la probabilidad del EI o por la controlabilidad del mismo.

Respecto a la percepción de control, podríamos encontrar un efecto de interacción entre la probabilidad de ocurrencia del EI y la controlabilidad. De esta forma, al comparar el EC₂ con el EC₁, esperaríamos encontrar una clara percepción de control en el caso del EC₁, debido a la gran diferencia de probabilidad de ocurrencia entre un EC y otro, siempre que se emita una respuesta correcta. Mientras que al comparar el EC₄ con el EC₃ la diferencia en la percepción de control debería ser menor, ya que se trata de dos condiciones donde la probabilidad de aparición del EI es baja o nula. En resumen, va a haber un mayor efecto de la controlabilidad cuando la probabilidad de ocurrencia del sonido aversivo haya sido alta. Teniendo en cuenta la intolerancia a la incertidumbre, podríamos esperar que las personas con alta intolerancia a la incertidumbre presenten una menor percepción de control. Esto podría deberse a las altas exigencias por tener el control de la situación, ya que, según Bredemeier y Berenbaum (2008), los juicios emitidos por los participantes no solo reflejarían la probabilidad percibida, sino también el deseo de control, o incluso una mezcla de ambos aspectos. Las personas con alta intolerancia a la incertidumbre tendrían un alto deseo por tener el control total de la situación para eliminar cualquier posibilidad de aparición del sonido aversivo, al considerar cualquier mínima posibilidad de ocurrencia de un evento negativo como totalmente inaceptable (Dugas et al., 2001).

En cuanto a las expectativas de ocurrencia en ausencia de una respuesta correcta de evitación, no esperamos ver un efecto de interacción entre la probabilidad de ocurrencia del sonido aversivo y la controlabilidad. Sería razonable esperar que los juicios emitidos por los altos intolerantes fuesen diferentes en comparación a los de los bajo intolerantes, especialmente en la condición de baja incertidumbre, con base en varios trabajos previos (Dugas et al., 2004; Dugas et al., 2005; Koerner & Dugas, 2008; Ladouceur et al., 1997; visto en Shihata et al., 2016), aunque no es una relación probada experimentalmente; de ahí, el propósito de nuestro proyecto de investigación. Además, evaluar los juicios de expectativas nos permitirá ver si son consistentes con los efectos obtenidos por la SPN. En caso de que fuesen consistentes evidenciaría que las expectativas de ocurrencia serían diferentes en personas con alta intolerancia a la incertidumbre, lo que sugeriría que las diferencias encontradas en la SPN se deberían a esto. Esto apuntaría a que habría diferencias en la probabilidad esperada del EI. Si se diese el caso de que los juicios dados por los participantes no se vieran afectador por la intolerancia a la incertidumbre, la interpretación de la SPN sería compatible con otras interpretaciones y la idea de que las personas con alta intolerancia a la incertidumbre tienen diferentes expectativas de ocurrencia perdería peso.

Analizaremos los efectos tanto de la probabilidad de ocurrencia del EI en ausencia de respuesta correcta, como los efectos de la controlabilidad de ocurrencia del EI sobre los juicios de eficacia de control y de expectativas, datos procedentes de la fase instrumental, mediante un ANOVA mixto 2 (alta probabilidad vs baja probabilidad) x 2 (condición de controlabilidad: alta vs nula) x 2 (intolerancia a la incertidumbre: alta vs baja), siendo los dos primeros factores intra-sujeto y el último un factor inter-sujeto. Para ello se tendrán en cuenta las respuestas de los participantes a las preguntas “¿En qué medida crees que aparecerá el ruido en presencia de esta figura si no respondes adecuadamente?” y “Cuando aparecía esta figura, ¿en qué medida crees que podías evitar el ruido?”, respectivamente.

Implicaciones de los resultados esperados

En este estudio pretendemos dilucidar la posible relación entre la intolerancia a la incertidumbre y las expectativas de ocurrencia de un evento o estímulo aversivo. Se ha afirmado tal relación en varios trabajos (Dugas et al., 2004; Dugas et al., 2005; Koerner & Dugas, 2008; Ladouceur et al., 1997; visto en Shihata et al., 2016), aunque pocos son los estudios que han estudiado experimentalmente esta relación, y los resultados obtenidos son contradictorios (Chen & Lovibond, 2016; Gómez et al., 2018; Contreras et al., 2019). Por otra parte, solamente Tanovic et al. (2018) utilizaron la SPN como medida de las expectativas de ocurrencia de los participantes, aunque no obtuvieron resultados significativos. Entonces, el propósito de nuestro estudio recae en superar las limitaciones de las investigaciones anteriores, y analizar la posible relación entre la SPN y la intolerancia a la incertidumbre, lo que sugeriría que las personas con alta intolerancia a la incertidumbre tienen expectativas de ocurrencia diferentes en comparación a las personas con baja intolerancia. Para ello utilizaremos una réplica no exacta del estudio de Contreras et al. (2019), compuesta por una fase de carácter pavloviano y otra de carácter instrumental, donde se registrará la actividad cerebral mediante EEG de los participantes al mismo tiempo que realizan el experimento. El hecho de utilizar medidas de activación cerebral tendría la ventaja de que los participantes no sabrían qué es lo que estamos midiendo. De esta forma, las reac-

ciones frente a la incertidumbre que obtengamos serán más espontáneas ya que no estarían influidas por la información que se puede dar al realizar preguntas sobre los juicios de expectativas.

En caso de la SPN fuese mayor en los altos intolerantes en comparación con los bajos intolerantes se podría interpretar de dos formas, en función de si los juicios emitidos al final de la tarea por los participantes fuesen consistentes con los registros de la SPN o no. Si los juicios fuesen consistentes con los registros de la SPN sugeriría que la interpretación adecuada sería la hipótesis que proponemos, es decir, que los altos intolerantes tendrían expectativas exageradas respecto a la ocurrencia del sonido aversivo. Si no fuese así, los resultados podrían sugerir que tanto las personas muy intolerantes a la incertidumbre como las que son poco intolerantes tendrían expectativas de ocurrencia similares, pero las muy intolerantes tendrían una reacción diferente ante la incertidumbre. Esto sería así porque los altos intolerantes tendrían una mayor carga atencional, la cual se vería reflejada en la SPN (Morís et al., 2013), con el objetivo de aprender lo mejor posible el funcionamiento de la tarea y así reducir la incertidumbre todo lo posible. Las implicaciones de ambas interpretaciones serían similares. Ambas supondrían un paso más allá respecto al conocimiento del posible origen de múltiples patologías, como la fobia social o el trastorno obsesivo compulsivo, ya que la intolerancia a la incertidumbre se considera un factor disposicional transdiagnóstico (Birrell et al., 2011). También lo serían en cuanto a la prevención y la detección temprana de personas con mayor predisposición a ser altamente intolerantes a la incertidumbre, lo que evitaría que desarrollasen futuros trastornos donde está implicada la intolerancia a la incertidumbre. Donde se diferenciarían sería en su aportación respecto al tratamiento. De esta forma, si las personas con alta intolerancia a la incertidumbre tuviesen expectativas exageradas de ocurrencia de un evento negativo en una situación incierta, la terapia debería estar más enfocada en modificar la percepción alterada de las probabilidades de ocurrencia de un estímulo negativo. Mientras que, si los altos intolerantes se diferenciaban de los bajos intolerantes por su reacción ante la incertidumbre, el tratamiento debería trabajar con las personas de forma que puedan convivir mejor con la incertidumbre del día a día y aceptar la incontrolabilidad de las amenazas. Por ello, futuros estudios deberían investigar cuál de las dos hipótesis sería la más adecuada.

Por otro lado, si los resultados no fuesen consistentes con nuestra hipótesis podría deberse a varias razones. En primer lugar, las personas con alta intolerancia a la incertidumbre podrían ser intolerantes a situaciones o estímulos más específicos, de forma que el sonido que proponemos como estímulo aversivo podría no ser lo suficientemente preocupante como para que muestren una respuesta diferente. Otro aspecto podría ser que el procedimiento que proponemos no sea sensible para obtener diferencias en la SPN. O, incluso que la situación y el ambiente en el que los participantes tienen que realizar el experimento les proporcione seguridad, ya que es una sala cerrada, saben que si ocurre cualquier problema el experimentador estará allí, etc. Si este fuese el caso, estas posibles limitaciones abrirían nuevas vías de estudio de este campo.

Referencias

- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. (2nd ed.). Guilford Press.
- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2011). Toward a Definition of Intolerance of Uncertainty: A Review of Factor Analytical Studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review, 31* (7), 1198–1208. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.009>
- Böcker, K. B., Baas, J. M., Kenemans, J. L., & Verbaten, M. N. (2001). Stimulus-Preceding Negativity Induced by Fear: A Manifestation of Affective Anticipation. *International Journal of Psychophysiology, 43* (1), 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0167-8760\(01\)00180-5](https://doi.org/10.1016/S0167-8760(01)00180-5)
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2008). Intolerance of Uncertainty and Social Anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 23* (1), 130–135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.04.007>
- Boswell, J., Thompson-Hollans, J., Farchione, T., & Barlow, D. (2013). Intolerance of Uncertainty: A Common Factor in the Treatment of Emotional Disorders. *Journal of Clinical Psychology, 69* (6), 630–645. <https://doi.org/10.1002/jclp.21965>
- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A Modern Learning Theory Perspective on the Etiology of Panic Disorder. *Psychological Review, 108* (1), 4–32. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.108.1.4>
- Bredemeier, K., y Berenbaum, H. (2008). Intolerance of Uncertainty and Perceived Threat. *Behaviour Research and Therapy, 46* (1), 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.09.006>
- Carleton, R. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders, 39*, 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>

- Catena, A., Perales, J. C., Megías, A., Cándido, A., Jara, E., & Maldonado, A. (2012). The Brain Network of Expectancy and Uncertainty Processing. *PLoS ONE*, 7 (7): e40252. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0040252>
- Chen, J. T. H., y Lovibond, P. F. (2016). Intolerance of Uncertainty Is Associated with Increased Threat Appraisal and Negative Affect Under Ambiguity but Not Uncertainty. *Behavior Therapy*, 47 (1), 42–53. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.09.004>
- Contreras, V., Flores, A., Morís, J., & Cobos, P. L. (2019). Do Really People High in Intolerance of Uncertainty Overestimate the Likelihood of Threats? En P. L. Cobos (coord.), *XXXI International Meeting of the Spanish Society for Comparative Psychology, Actas del Programme and Schedule* (116). <http://sepc.org.es/malaga2019/programme/ProgrammeSEPC2019.pdf>
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*, 1º ed., 143-186. Guilford Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., y Ladouceur, R. (1997). Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21 (6), 593–606. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1021890322153>
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of Uncertainty and Worry: Investigating Specificity in a Nonclinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (5), 551–558. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1005553414688>
- Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further Validation of a Cognitive-Behavioral Model of Generalized Anxiety Disorder: Diagnostic and Symptom Specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19 (3), 329–343. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.02.002>
- Fetzner, M. G., Horswill, S. C., Boelen, P. A., & Carleton, R. N. (2013). Intolerance of Uncertainty and PTSD: Exploring the Construct Relationship in a Community Sample with a Heterogeneous Trauma History. *Cognitive Therapy and Research*, 37 (4), 725–734. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-013-9531-6>
- Flores, A., López, B., Vervliet, B., & Cobos, P. (2018). Intolerance of Uncertainty as a Vulnerability Factor for Excessive and Inflexible Avoidance Behavior. *Behavior Research Therapy*, 104, 34-43. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.008>
- Flores, A., López, F., Vervliet, B., & Cobos, P. (2020). Prospective intolerance of uncertainty is associated with maladaptive temporal distribution of avoidance responses: An extension of Flores, López, Vervliet, and Cobos (2018). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 68, 101527. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.101527>
- Foti, D., & Hajcak, G. (2012). Genetic Variation in Dopamine Moderates Neural Response during Reward Anticipation and Delivery: Evidence from Event-Related Potentials. *Psychophysiology*, 49 (5), 617–626. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2011.01343.x>
- Freeston, M. H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why Do People Worry? *Personality and Individual Differences*, 17 (6), 791–802. [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Fuentemilla, Ll., Cucurell, D., Marco-Pallares, J., Guitart-Masip, M., Morís, J. & Rodríguez-Fornells, A. (2013). Electrophysiological Correlates of Anticipating Improbable but Desired Events. *Neuroimage*, 78, 135–144. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.03.062>
- Gillan, C., Morein-Zamir, S., Durieux, A. y Fineberg, N. (2014). Obsessive - compulsive disorder patients have a reduced sense of control on the illusion of control task. *Frontiers in Psychology*, 5, 204. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00204>
- Gómez, D. Flores, A., López, F. y Cobos, P. (2018). Estimates of the Likelihood of Threats are Related to Intolerance of Uncertainty and Learning Performance. En R. Pellón (coord.), *XXX Congreso Internacional de la Sociedad Española de Psicología Comparada, Actas del Programa*. <http://sepc.org.es/avila2018/es/programa.html>
- González Rodríguez, M., Cubas León, R., Rovella, A. T., & Darías Herrera, M. (2006). Spanish Adaptation of the Intolerance of Uncertainty Scale: Cognitive processes, Anxiety, and Depression. *Psicología y Salud*, 16 (2), 219–233.
- Grupe, D. W., y Nitschke, J. B. (2013). Uncertainty and Anticipation in Anxiety: An Integrated Neurobiological and Psychological Perspective. *Nature Reviews. Neuroscience*, 14 (7), 488–501. <https://doi.org/10.1038/nrn3524>
- Hajcak, G., Weinberg, A., MacNamara, A., & Foti, D. (2011). ERPs and the Study of Emotion. In E. Kappenman & S. Luck (Eds.), *The Oxford Handbook of Event-Related Potential Components*, 1º ed., (441– 472). Oxford University Press.

- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2008). An Investigation of Appraisals in Individuals Vulnerable to Excessive Worry: The Role of Intolerance of Uncertainty. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 619–638. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-007-9125-2>
- Kotani, Y., Kishida, S., Hiraku, S., Suda, K., Ishii, M., & Aihara, Y. (2003). Effects of Information and Reward on Stimulus-Preceding Negativity prior to Feedback Stimuli. *Psychophysiology*, 40 (5), 818–826. <https://doi.org/10.1111/1469-8986.00082>
- Kryptos, A. M., Effting, M., Kindt, M., & Beckers, T. (2015). Avoidance Learning: A Review of Theoretical Models and Recent Developments. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 9, 189. <http://dx.doi.org/10.3389/fnbeh.2015.00189>
- Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997). Behavioral Expressions of Intolerance of Uncertainty in Worry: Experimental Findings. *Behavior Modification*, 21 (3), 355–371. <https://doi.org/10.1177/01454455970213006>
- Lopez-Calderon, J., Luck, S. J., 2014. ERPLAB: An Open-Source Toolbox for the Analysis of Event-Related Potentials. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 213. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00213>
- Lovibond, P. F. (2006). Fear and Avoidance: An Integrated Expectancy Model. In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (Eds.). *Fear and learning: From Basic Processes to Clinical Applications*, 1st ed., 117–132. American Psychological Association.
- Mahoney, A. E. J., Hobbs, M. J., Newby, J. M., Williams, A. D., Sunderland, M., & Andrews, G. (2016). The Worry Behaviors Inventory: Assessing the Behavioral Avoidance Associated with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 203, 256–264. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.020>
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2011). Achieving Certainty about the Structure of Intolerance of Uncertainty in a Treatment Seeking Sample with Anxiety and Depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (1), 112–122. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010>
- Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A Contemporary Learning Theory Perspective on Anxiety Disorders: It's not What You Thought It Was. *American Psychologist*, 61 (1), 10–26. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.1.10>
- Morís, J., Luque, D. & Rodríguez-Fornells, A. (2013). Learning-Induced Modulations of the Stimulus-Preceding Negativity. *Psychophysiology*, 50 (9), 931–939. <http://dx.doi.org/10.1111/psyp.12073>
- Morriss, J., Christakou, A., van Reekum, C. M. (2016). Nothing Is Safe: Intolerance of Uncertainty is Associated with Compromised Fear Extinction Learning. *Biological Psychology*, 121 (Part B), 187–193. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.05.001>
- Morriss, J., Saldarini, F., Chapman, C., Pollard, M., y van Reekum, C. (2019). Out with the Old and in with the New: The Role of Intolerance of Uncertainty in Reversal of Threat and Safety. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/2043808719834451>
- Ring, P., & Kaernbach, C. (2015). Sensitivity towards Fear of Electric Shock in Passive Threat Situations. *PLoS ONE*, 10 (3): e0120989. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120989>
- Seidel, E., Pfabigan, D., Hahn, A., Sladky, R., Grahl, A., Paul, K., Kraus, C., Kublböck, M., Kranz, G., Humer, A., Lanzenberger, R., Windischberger, C., & Lamm, C. (2015). Uncertainty during Pain Anticipation: The Adaptive Value of Preparatory Processes. *Human Brain Mapping*, 36 (2), 744–755. <https://doi.org/10.1002/hbm.22661>
- Shihata, S., McEvoy, P. M., Mullan, B. A., y Carleton, R. N. (2016). Intolerance of Uncertainty in Emotional Disorders: What Uncertainties Remain? *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 115–124. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.001>
- Spielberg C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory (Test Manual)*. Consulting Psychologist Press.
- Stevens, S., Peters, A., Abraham, A., & Hermann, C. (2014). Enhanced Avoidance Behavior in Social Anxiety: Evidence from a Probabilistic Learning Task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45 (1), 39–45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.07.007>
- Tanovic, E., Pruessner, L., y Joormann, J. (2018). Attention and Anticipation in Response to Varying Levels of Uncertain Threat: An ERP study. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 18 (6), 1207–1220. <https://doi.org/10.3758/s13415-018-0632-2>
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and Experiential Avoidance as Predictors of Post-traumatic Stress Disorder Avoidance Symptom Severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (4), 409–415. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.02.005>
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, D. B., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of Uncertainty in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17 (2), 233–242. [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00182-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00182-2)
- van Boxtel, G., & Böcker, K. (2004). Cortical Measures of Anticipation. *Journal of Psychophysiology*, 18 (2-3), 61–76. <https://doi.org/10.1027/0269-8803.18.23.61>



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

El deporte como herramienta de aprendizaje y mejora de la calidad de vida de los jóvenes con trastorno del espectro autista

Trabajo de fin de grado de Cristina Fernández Jiménez,
tutorizado por Isaías Martín Ruiz

Resumen

En este trabajo se presenta el caso de una joven deportista de alto rendimiento con Trastorno del Espectro Autista (TEA). A pesar de su alto nivel deportivo, la joven presenta problemas en distintos aspectos que preocupan a la familia y están afectando a su carrera deportiva y en su desarrollo personal. El objetivo de este trabajo es hacer ver que se puede utilizar el deporte como una herramienta de aprendizaje y para mejorar la calidad de vida de la persona con TEA en todas las áreas de su vida, no solo en el ámbito deportivo. El deporte ofrece oportunidades para la interacción social, autonomía, aceptación de las normas y experiencia personal. Se comienza el trabajo con una introducción sobre los distintos beneficios y valores del deporte, el uso de los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) y el deporte adaptado e inclusivo. A continuación, se expone una anamnesis y evaluación del caso para terminar con una propuesta de intervención empleando una metodología cognitivo-conductual aplicada al ambiente deportivo, utilizando los SAAC. Con esto se pretende mostrar que las personas con TEA pueden mejorar sus déficits y conseguir objetivos deportivos con las herramientas adecuadas. Para ello es importante combinar el trabajo en sesiones terapéuticas y en situaciones reales, para facilitar la generalización de los aprendizajes.

Palabras clave: TEA, deporte adaptado, natación adaptada, calidad de vida, SAAC, pictogramas.

Abstract

This project shows the case of a young high-performance sportswoman who suffers from Autism Spectrum Disorder (ASD). Despite her high sporting level, this young female has problems in different aspects that concern the family and are affecting her sports career and personal development. The aim of this project is to show how sports can be used as a learning tool and to improve the quality of life of this person who suffers from ASD, not only in the sport environment, but also in other areas of her life. Sports provides opportunities for social interaction, autonomy, rules acceptance and personal experience. This project begins with an introduction to different sport's benefits and values, the use of Augmentative and Alternative Communication Systems (SAAC) and adapted and inclusive sport. Next, an anamnesis and evaluation of the case is presented. The project finishes with a proposal of intervention using a cognitive-behavioral methodology applied to the sports environment, using the SAAC. The purpose is to show that people who suffer from ASD can improve their deficits and achieve sports goals with the right tools. To accomplish this, it is important to combine the work in therapeutic sessions with real life situations, in order to facilitate the generalization of the learning.

Keywords: TEA, adapted sport, adapted swimming, quality of life, SAAC, pictograms.

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

Según el DSM-V (2013), el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por dificultades en la comunicación, habilidades sociales, rigidez e inflexibilidad que afecta a varias áreas del pensamiento, lenguaje y comportamiento. También se dan comportamientos obsesivos y rituales, comprensión literal del lenguaje, falta de aceptación de los cambios y dificultades en los procesos creativos.

Sin embargo, el TEA va más allá de una definición en un libro. Las personas con TEA pueden hacer lo que hacen las personas sin discapacidad con las herramientas y apoyos adecuados.

Al asistir a campeonatos para personas con discapacidad intelectual y ver a los deportistas acabar sus pruebas, se puede reflexionar sobre como estas personas con grandes dificultades en la comprensión y las habilidades sociales pueden superarse y conseguir esos resultados deportivos.

En este trabajo se pretende mostrar que se puede utilizar el deporte como una herramienta de aprendizaje. En este caso para mejorar los déficits de una chica con TEA que es deportista de alto rendimiento desde el año 2015. Ella gracias al deporte ha conseguido grandes metas dentro y fuera del agua.

En primer lugar, se expondrán algunos de los múltiples beneficios y valores del deporte en general y en particular en las personas con TEA. Después se abordará la calidad de vida y la autodeterminación como uno de los beneficios del deporte importante en las personas con discapacidad intelectual. A continuación, se hablará de los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) como una herramienta de aprendizaje para las personas con TEA; para terminar con un desarrollo de lo que es el deporte adaptado y el deporte inclusivo.

Beneficios y valores del deporte

Los beneficios de la actividad física regular confirman la importancia del deporte para mantener y promover la salud general y el bienestar (Pimenta, Zuchetto, Bastos y Corredeira, 2016).

La evidencia muestra que la práctica deportiva proporciona a todas las personas una amplia gama de beneficios físicos, sociales y psicológicos (Balaguer, Castillo y Duda, 2008; Carmeli, Zinder-Vaknin, Monrad y Merrick, 2005; Hinkson y Curtis, 2013; Medina, Chamarro y Parrado, 2013; Torregrosa, Belando y Moreno-Murcia, 2014; Toto, Raina, Holm, Schlenk y Rogers, 2013; Warburton, 2009; citado en Moltó y Bruna, 2017). Además, el deporte aporta valores y herramientas necesarias en la sociedad, como el respeto por las normas, que permiten a las personas vivir juntas en la diversidad, respetando las diferencias (Aguilera, 2017).

A través de la competición y la cooperación, se asimila el papel de las reglas estructuradas, los criterios de rendimiento y el juego limpio. Se aprenden a valorar las exigencias, el esfuerzo individual y colectivo, así como los beneficios del trabajo en equipo.

El deporte es un poderoso camino para comunicar valores, especialmente a la gente joven, de una manera divertida y participativa. Las distintas disciplinas deportivas son un ensayo de situaciones reales. Se ofrece un escenario de normalidad, inclusión e igualdad de oportunidades.

El deporte es una forma de aprender a resolver conflictos de forma constructiva a través del diálogo y llegando a acuerdos. Promueve valores como el juego justo, la cooperación, la conexión y el respeto a las reglas y hacia los demás. Por esta razón la UNESCO señala la importancia del deporte como punto de partida para lograr el desarrollo sostenible y la paz en el mundo. La popularidad del deporte hace que sus eventos – desde locales hasta internacionales – se aprovechen para lanzar mensajes de paz, más allá de lo deportivo (Aguilera, 2017).

Con esta intención de acercar el deporte a todos, eliminando fronteras y barreras, se han creado distintos clubes y federaciones de deporte adaptado que organizan eventos y competiciones para personas con diversas discapacidades entre las que se encuentra el TEA.

El TEA afecta principalmente a la interacción social. Los programas deportivos tienen una serie de actividades que ayudan a mejorar este aspecto. Según el trabajo de García (2019) la natación es uno de los deportes más beneficiosos para las personas con TEA. Los beneficios del deporte son especialmente visibles destacando una mejora en la participación y la conducta adaptativa, así como en las relaciones sociales y la comunicación. Como revela el estudio de García, et al. (2016) la natación brinda beneficios sociales mejorando la integración y participación en actividades grupales, lo que indica que es bueno para mejorar las habilidades sociales de las personas con TEA.

Es importante la práctica deportiva desde temprana edad con el objetivo de mejorar el desarrollo social de las personas con TEA, así como fomentar programas deportivos para mejorar su calidad de vida (Ramírez & Negrete, 2015 citado en García et al., 2016).

Calidad de vida y autodeterminación

La práctica deportiva influye positivamente en la salud y puede potenciar la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida. El deporte, además de una disciplina, también es una forma de ocio que tiene un efecto positivo en personas con discapacidad intelectual, siendo un indicador de calidad de vida. A su vez, favorece mayores niveles de confianza, habilidades sociales y autoestima (Moltó y Bruna, 2017).

Con intención de fomentar la calidad de vida, las actividades de ocio son las más demandadas por las personas con discapacidad, sus familias y los profesionales que les atienden (Aguado Díaz y Alcedo Rodríguez, 2004; Badia Corbella y Longo de Araújo de Melo, 2009; citado en Moltó y Bruna, 2017).

Las habilidades para la vida (interpersonales, instrumentales y el ocio), el apoyo social, la productividad y la autodeterminación son los factores que predicen mayor satisfacción vital en las personas con discapacidad intelectual (Miller y Chan, 2008 citado en Moltó y Bruna, 2017).

La satisfacción vital está muy relacionada con la autodeterminación (Verdugo y Martín, 2002; Wehmeyer y Schwartz, 1998; como se cita en Moltó y Bruna, 2017). Algunas investigaciones (Chambers et al., 2007; Wehmeyer y Metzler, 1995; citado en Moltó y Bruna, 2017) señalan que las personas con discapacidad tienen menos oportunidades para tomar decisiones y expresar sus preferencias en la vida diaria. El deporte puede aumentar estas oportunidades por lo que es una variable relacionada con la autodeterminación (McGuire y McDonnell, 2008 citado en Moltó y Bruna, 2017). En el caso de los adolescentes con discapacidad intelectual, el tiempo dedicado al ocio proporciona mayores niveles de autodeterminación. La investigación de García et al. (2016) reveló que los participantes presentaron mejoras en el desarrollo social a través del deporte. Se presentó una mejora en la autodeterminación, relaciones sociales, interpersonales y emocionales de los sujetos.

Los SAAC: otra forma de comunicación

Se debe hacer el deporte accesible para que todos puedan disfrutar de sus beneficios. Muchas veces la accesibilidad es una silla de ruedas, pero en ocasiones hay discapacidades no visibles, como los son muchas discapacidades intelectuales que también necesitan su adaptación.

En el caso de las personas con TEA uno de sus mayores retos es el comunicarse con su entorno. Por esto, para ellos los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) son una buena herramienta de comunicación. Uno de los más utilizados en personas con TEA son los pictogramas.

Como se cita en la web del portal de ARASAAC, un SAAC basado en el uso de pictogramas: "Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) son formas de expresión distintas al lenguaje hablado, que tienen como objetivo aumentar (aumentativos) y/o compensar (alternativos) las dificultades de comunicación y lenguaje de muchas personas con discapacidad"

Uno de los objetivos principales de los SAAC es facilitar la calidad de vida de personas que presentan problemas en la comprensión del lenguaje. Para las personas con TEA es fundamental tener formas alternativas de recibir información de su alrededor mediante refuerzos visuales y/o auditivos (Guerrero, 2018).

Existen dos tipos de SAACs - sistemas sin ayuda y sistemas con ayuda- dependiendo de si la persona necesita un soporte físico adicional o no (Samuel L. Odom et al., 2007; citado en Guerrero, 2018):

- *Sistemas sin ayuda*: No se necesita material externo como apoyo, la persona utiliza su propio cuerpo. Por ejemplo, la lengua de signos.
- *Sistemas con ayuda*: Se necesita material externo (objetos reales, imágenes impresas o pictogramas) para la comunicación. Está dirigido a personas que suelen padecer problemas severos en el habla, con dificultades cognitivas o de aprendizaje.

Diversos estudios (Millar et al., 2006; Ganz et al., 2012; como se cita en Guerrero, 2018) demuestran mejoras en la comunicación y en el habla de las personas que utilizan los SAAC. Estos sistemas son muy importantes, ya que desempeñan un papel fundamental en la vida de estas personas (Guerrero, 2018). Como conclusión, se puede decir que las personas con TEA son pensadores visuales. Como dijo Temple Grandin (2006): "Pienso con imágenes. Las palabras son para mí como una segunda lengua" (Pág. 23).

Es interesante hacer referencia a la investigación de Pimenta et al. (2016). Esta revela que el uso de imágenes puede ayudar en gran medida al aprendizaje de habilidades en la piscina. Como menciona Martínez (2005) (citado en Pimenta et al. 2016), para un buen funcionamiento de la actividad

de natación adaptada se deben proporcionar herramientas de aprendizaje a los usuarios tales como gestos, imágenes, tarjetas, etc.

En el estudio de Pimenta et al. (2016) se evaluó a un grupo heterogéneo de usuarios junto con quince alumnos con discapacidad intelectual. Primero todos recibieron instrucciones de forma verbal. Después se utilizaron imágenes y fotos; y finalmente, los monitores ayudaron físicamente a los alumnos.

Al principio y al final de cada mes se grabaron las sesiones para registrar el seguimiento de las distintas habilidades. Los resultados mostraron una mejor evolución en la actividad acuática en las personas que habían recibido apoyos en sus aprendizajes.

Trabajar con programas adaptados de natación puede proporcionar una participación más plena, así como mejoras en el lenguaje, la interacción social y la conducta adaptativa (Yilmaiz et al., 2014; citado en Pimenta et al., 2016).

En conclusión, la investigación demuestra que las personas con TEA pueden participar en un programa de actividades acuáticas y conseguir resultados positivos con las herramientas adecuadas.

Deporte adaptado y deporte inclusivo

El deporte se refiere a la actividad para desarrollar habilidades y destrezas físicas. Como dijo Nelson Mandela, tiene el poder de transformar el mundo, de inspirar y unir a la gente como pocas otras cosas. El deporte es un buen medio para potenciar el desarrollo de la población con TEA (García, et al., 2016). Cuando el deporte está dirigido a personas con discapacidad se denomina deporte adaptado.

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención Internacional de Derechos para personas con discapacidad el 13 de diciembre de 2006. En este tratado internacional –del que forma parte España–, que protege los derechos de este colectivo, se indica que los países deben identificar y eliminar los obstáculos y las barreras y asegurar que las personas con discapacidad puedan tener acceso a las instalaciones y a los servicios públicos (Artículo 9). Del mismo modo, refleja que los países deben promover su participación en los deportes y garantizar su participación en las actividades deportivas generales y específicas (Artículo 30).

En España, y en concreto en Andalucía, existen leyes que apoyan el deporte y la diversidad, entre otras:

- La LEY 5/2016, de 19 de julio, del Deporte de Andalucía. BOJA núm. 140, de 22 de julio de 2016 está inspirada en el principio de igualdad y en la plena integración de las personas con discapacidad. Por primera vez, proclama el derecho al deporte con carácter universal e impone a las administraciones públicas el deber de garantizar el acceso de la ciudadanía a la práctica del deporte en igualdad de condiciones y de oportunidades.
- La LEY 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía. BOJA número 191 de 04/10/2017. Las iniciativas deportivas se llevarán a cabo atendiendo a las características individuales de las personas con discapacidad, siendo preferente su inclusión (Artículo 42). Las administraciones contarán con los representantes de las asociaciones para facilitar el acceso de las personas con discapacidad a las actividades deportivas tanto las desarrolladas por iniciativa pública como privada (Artículo 43).

Existen diferentes federaciones de referencia en el deporte adaptado a nivel nacional y andaluz.

La natación es uno de los pocos deportes que se ha practicado de forma continua desde los primeros Juegos Paralímpicos de Roma en 1960. En la natación adaptada existen 17 categorías. Hay diez categorías para personas con discapacidades físicas y parálisis cerebral (S1-S10) y tres para visuales (S11, S12 y S13) según el grado de discapacidad. También hay cuatro categorías para personas con discapacidad intelectual según su nivel deportivo (competición (S14), Síndrome de Down (S15), adaptada (S16) y habilidades deportivas (S17)).

Cada vez más clubes apuestan por el deporte adaptado, bien creando clubes específicos de deporte adaptado o bien secciones adaptadas dentro de un club de deportistas sin discapacidad.

Más novedoso es que personas con y sin discapacidad entrenen TODOS en las mismas calles y con los mismos entrenamientos, según su nivel deportivo. Con esta nueva metodología nació hace unos años un equipo de natación inclusivo con el lema “Con Limitaciones pero Sin Límites” (Ortiz, 2017).

Por todo esto, se puede decir que el deporte es un medio para fomentar la inclusión. Esta no es solo positiva para las personas con discapacidad. La inclusión también es muy enriquecedora para las personas que no la presentan.

Se puede decir que se ha recorrido un largo camino y que el deporte en general y la natación en particular, es accesible a la gran mayoría de las personas con discapacidad. Lo más importante es

concienciarse del poder que tiene el agua para todos y en especial de su utilidad para la integración y el disfrute de las personas

El objetivo de este trabajo, centrado en un caso específico de TEA, es utilizar el deporte como una herramienta para superarse no sólo en los entrenamientos y competiciones, sino también en otras situaciones derivadas.

Este es el caso de una chica deportista de alto rendimiento, pero en muchos casos la intención del deporte no es crear campeones sino utilizarlo para el desarrollo individual, social y global con todos los beneficios que esto conlleva.

2. DESCRIPCIÓN Y ANAMNESIS DEL CASO CLÍNICO

Datos personales

Nombre y apellidos: J.F.J. Edad: 19 años Sexo: Femenino
Estado civil: Soltera Grado de discapacidad: 79% Profesión: Estudiante
Nivel de estudios: Programa de Transición a la Vida Adulta (PTVAL)
Nivel económico: Familia de nivel económico medio-alto y cultural alto.
Procedencia geográfica: España Personas con las que convive: Padre, madre y hermana

Áreas del desarrollo

Desarrollo normal hasta los 12 meses.

Desarrollo comunicativo-lingüístico

A los 12 meses no decía palabras y a los 18 meses no respondía a su nombre.

Después del diagnóstico de hipoacusia, se trabajó la comunicación con gestos (bimodal).

Con el diagnóstico de TEA se trabajó la comunicación con pictogramas.

Su adquisición del lenguaje ha sido lenta y con problemas de sintaxis.

Actualmente su lenguaje es mecánico.

Este uno de los aspectos que más preocupa a la familia junto con los problemas de conducta.

Diagnóstico

Con 30 meses recibió el diagnóstico de hipoacusia. Llevó audífonos un año y acudió a distintos centros de logopedia. A los 4 años fue diagnosticada de TEA, diagnóstico que mantiene en la actualidad.

Tratamiento

Terapia cognitivo-conductual

Después del diagnóstico de TEA, J.F.J. comenzó con terapia ABA intensiva en el centro Almurdaris de Córdoba. Las terapias fueron de 5 horas diarias durante 6 meses. La familia estaba satisfecha con los resultados obtenidos. Después J.F.J. ha seguido con terapias en la línea conductual, pero no tan intensivo y compaginando con otras actividades lúdicas y deportivas.

Desde los 7 años ha estado en esta línea, con el terapeuta Juan Antonio Camero de Haro, abordando distintas cuestiones de lenguaje y conducta, adaptándose a su evolución madurativa. Conforme iban disminuyendo las sesiones de terapia conductual iban aumentando otras actividades: musicoterapia, equinoterapia y deportes varios.

En los últimos años J.F.J. ha presentado obsesiones por querer acabar las cosas, especialmente, la comida. Esto se está tratando en terapia con el terapeuta Camero, así como la rigidez de pensamiento y la tolerancia a la frustración.

Tratamiento bio-médico

A partir de los 3 años y medio comenzaron los problemas de conducta con rabietas constantes, muy intensas, con agresividad y un déficit atencional importante (especialmente en los cambios de estación a la primavera y al otoño). De los 5 a los 7 años, J.F.J. estuvo tomando Risperidona, recetada por el doctor Nieto Barrera y la Doctora Guadalupe Guzmán de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Durante el tratamiento, se aumentó la dosis ya que J.F.J. no se tranquilizaba, que era lo que se esperaba a través de la medicación.

Por esto, a los 7 años J.F.J. dejó la risperidona y la familia decidió probar los tratamientos biológicos y la dieta sin gluten ni caseína, que actualmente continua. En estos años ha pasado por varios profesionales.

Tratamientos complementarios

Delfinoterapia

En verano de 2010 la familia se desplazó durante una semana a Mundomar para hacer delfinoterapia. La experiencia fue muy positiva.

Cámara hiperbárica

Después de contactar con el doctor Pérez Delgado y el doctor Aranda en el hospital Xanit de Benalmádena, J.F.J. realizó cámara hiperbárica durante 4 años (2011, 2013, 2014 y 2017) en tandas de 20 sesiones. La familia comenta que notó a la joven más tranquila durante el cambio de estación tras realizar el tratamiento.

Método Padovan y valoración psicológica en noviembre de 2017

En verano de 2014 la familia tuvo contacto con Sonia Muñoz, especialista en Padovan, un método de reeducación neurofuncional.

Destacar el intensivo realizado en la clínica Clern en noviembre de 2017. Además de Padovan, se abordaron otros aspectos como el neurofeedback y la logopedia miofuncional. La psicóloga Mónica Palau realizó una valoración psicológica en la que se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- J.F.J presenta una afectación importante de sus funciones cognitivas, sobre todo a nivel de memoria de trabajo, fluidez verbal y aprendizaje verbal diferido.
- La paciente tiene un problema de tipo emocional o comportamental, lo que ratifica el diagnóstico de TEA que presenta. Además, presenta una baja resistencia a la interferencia, poca flexibilidad cognitiva, dificultad para adaptarse al estrés cognitivo, lo que revela rigidez estructural y dificultad a la hora de adaptarse a los cambios.
- J.F.J tiene una buena capacidad para realizar un plan de trabajo y llevarlo a cabo. Además, es capaz de adaptarse a las situaciones de la vida cotidiana. Sin embargo, existen signos de impulsividad, una gran tensión emocional y puede presentar pérdida de control sobre sí misma.

Escolaridad

J.F.J. comenzó la etapa educativa con 3 años en modalidad B (aula ordinaria con apoyo logopédico fuera del aula).

Desde los 4 años hasta la actualidad ha estado en distintas aulas específicas:

- De los 4 años a los 8, estuvo en un centro de Educación Especial (modalidad D) con chicos y chicas con hipoacusia.
- A los 8 años entró en un aula de Educación Especial específica para alumnado con TEA dentro de una escuela ordinaria (modalidad C) hasta los 13 años. Con 12 años, J.F.J. pasó de estar escolarizada en un centro de primaria a uno de secundaria.
- De los 13 años hasta la actualidad J.F.J se encuentra en un aula de plurideficiencia dentro de un centro educativo ordinario de secundaria. Actualmente estudia un Programa de Transición a la Vida Adulta (PTVAL).

Otras actividades

Además de las distintas terapias y tratamientos especificados, J.F.J ha compaginado durante estos años su terapia conductual con otras actividades lúdicas y deportivas:

- EQUINOTERAPIA (2006-2012) en el hipódromo de Mijas.
- Distintas actividades en la Asociación ABAD de Benalmádena con otros chicos con diversidad funcional: grupo de deporte, grupo de teatro, grupo juvenil con el que realiza salidas de ocio y participa en un club social.
- MUSICOTERAPIA Y CLASES DE PIANO (nivel inicial)

Carrera deportiva

Además de todas las actividades realizadas, cabe destacar la habilidad deportiva de J.F.J. Ha practicado diversos deportes como patinaje, taekwondo, atletismo, pádel, esquí, natación...

Comenzó con 4 años, realizando gimnasia educativa infantil y después atletismo y patinaje, todas estas actividades en el polideportivo del municipio junto con otros niños y niñas sin discapacidad.

Desde entonces también ha realizado otras actividades deportivas en la asociación ABAD, pero su deporte principal era y sigue siendo la natación.

Comenzó sus primeras brazadas en ANABE, asociación de natación adaptada del municipio. En 2009 empezó a nadar en un grupo de natación en Mijas, siendo este su primer paso en la natación inclusiva que todavía continúa en la piscina olímpica Virgen del Carmen de Torremolinos.

En 2015, J.F.J. entró en la sección adaptada del Club Natación Marbella y comenzó a competir en la categoría S-14, consiguiendo medallas en campeonatos autonómicos y nacionales. En estas primeras competiciones aparecieron problemas de conducta derivados de las largas esperas durante las competiciones y la falta de comprensión de la dinámica. No obstante, el balance general fue positivo ya que la joven disfrutaba de la experiencia y la familia notó una mejora en las relaciones sociales. Ese mismo año también fue convocada para formar parte de la selección andaluza para deportistas con discapacidad intelectual. Desde entonces hasta la actualidad entrena cuatro veces por semana. En 2017, fue la primera deportista femenina en conseguir la Beca Desafiate de la Fundación Grupo SIFU en apoyo al deporte adaptado.

En los años 2018 y 2019 aumentaron sus competiciones, al pasar de Categoría Junior a Categoría Absoluta y cambiar de club (Club Deportivo Adaptado Al-Ándalus Torremolinos). Consiguió mínimas para participar en campeonatos nacionales multidiscapacidad y recibió el reconocimiento como deportista de alto rendimiento por la Junta de Andalucía. J.F.J. participó también en las tomas de tiempos de la Federación Andaluza de Natación (FAN) y durante el verano en travesías a nado en el mar con un acompañante, aunque en ocasiones iba sola. Ambos casos son un ejemplo de deporte inclusivo.

En el último campeonato de la temporada 2018-2019 J.F.J. participó en un estudio de investigación de la Universidad de Comillas, con el objetivo de proponer una clasificación internacional de deportistas según el déficit intelectual. La evaluación realizada pretendía valorar el nivel intelectual, conductual y el grado de adaptación social de los deportistas que participaron en el estudio.

Los resultados mostraron en J.F.J. una discapacidad cognitiva moderada. Presenta deficiencias intelectuales y conductuales adaptativas en un nivel moderado, así como grandes dificultades en la comunicación. Prácticamente no habla y su comprensión es muy escasa. Por todo esto, la persona precisa de ayuda y supervisión continua en su vida diaria. El entrenador indicó que algunas de las preocupaciones actuales tanto entrenamientos como en competiciones son:

- Habilidades de secuenciación y planificación
- Mantenimiento del aprendizaje de las habilidades deportivas
- Dificultades con las habilidades sociales y similares necesarias en el deporte
- Dificultades en controlar sus emociones

Destacar que comenta que la dificultad de motivación nunca ha sido un problema.

En las últimas temporadas la familia encontró en la joven problemas de conducta especialmente a la hora de comer en los hoteles cuándo hay buffet, también están preocupados por la inflexibilidad y escaso lenguaje de la joven.

3. MOTIVO DE CONSULTA

Se trata de una joven de 19 años con TEA, deportista de alto rendimiento. Desde pequeña le gusta mucho nadar y el deporte en general. Es nadadora de competición desde los 15 años.

A pesar de su alto nivel deportivo, la joven presenta problemas de conducta, inflexibilidad, lenguaje y habilidades sociales. La familia considera que para este último punto el deporte ha sido positivo para J.F.J; ya que además de nadar con chicos y chicas con discapacidad, entrena y en ocasiones compete con jóvenes sin discapacidad.

Sin embargo, la familia se ha planteado en ocasiones dejar la carrera deportiva como consecuencia de los problemas de conducta.

4. EVALUACIÓN

Para evaluar este caso se ha realizado una entrevista personal a los padres de la persona evaluada, así como al terapeuta que lleva más tiempo trabajando con ella (Juan Antonio Camero de Haro), concretamente desde los 6 años, un año después de recibir el diagnóstico de TEA. Además, se han tenido en cuenta los dos últimos informes psicológicos de la persona evaluada:

- El realizado en noviembre de 2017 por la psicóloga Mónica Palau en Murcia.
- El realizado en junio de 2019 para participar en el proyecto de investigación de la Universidad de Comillas.
- También se han administrado a J.F.J y a sus padres una serie de pruebas.
- A continuación, se nombran las pruebas administradas, así como los resultados obtenidos:
- BRIEF-2
- ESCALA KIDS-LIFE
- WAIS-III
- ABAS-II
- RBPC
- ESCALA DE SATISFACCIÓN DEPORTIVA

BRIEF-2. Evaluación conductual de la función ejecutiva (Gioia, G. & Maldonado Belmonte, M., 2017)

Los resultados (ver figura 1) en las escalas de validez (infrecuencia, inconsistencia y negatividad) indican que los resultados son válidos.

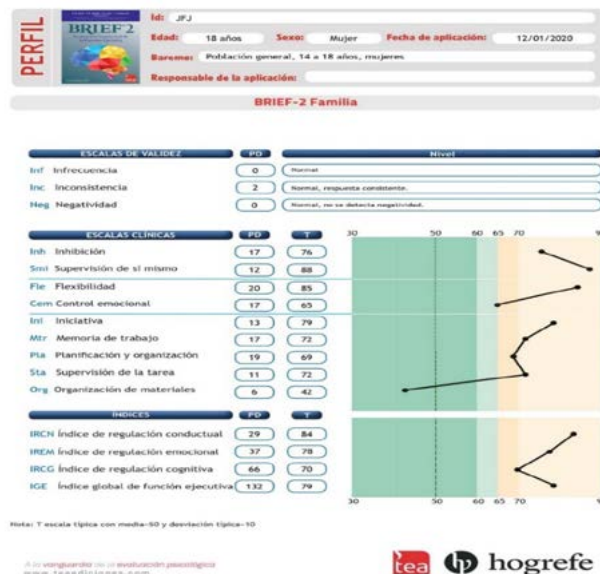
Una mayor puntuación T, significa un mayor grado de disfunción ejecutiva con respecto a su edad y sexo. Esto indica que las escalas clínicas dónde la persona presenta mayores problemas de mayor a menor son: Supervisión de sí mismo, Flexibilidad, Iniciativa, Inhibición, Memoria de trabajo, Supervisión de la tarea, Planificación y organización, y Control emocional.

La puntuación típica más baja con diferencia se da en Organización de materiales, donde la persona se encuentra una desviación típica por debajo de la media, lo que indica que no presenta problemas para mantener sus zonas y cosas de forma ordenada y organizada.

Respecto a los índices, los resultados muestran que dónde la persona presenta mayor dificultad es a la hora de regular y supervisar sus conductas de manera efectiva (índice de regulación conductual). Además, presenta dificultad para regular las respuestas emocionales, especialmente las relacionadas con situaciones de cambio (índice de regulación emocional). Los índices también revelan que la persona presenta problemas para controlar y gestionar sus procesos cognitivos, así como para resolver problemas de forma eficaz (índice de regulación cognitiva).

Las puntuaciones de su perfil comparadas con otras puntuaciones obtenidas por el grupo TEA coinciden con las típicas. En estos casos la escala Flexibilidad es la que suele mostrar una mayor elevación en el BRIEF-2, reflejando la dificultad de estos casos para adaptarse a los cambios y mantener una adecuada flexibilidad en lo conductual y en lo cognitivo.

Figura 1
Perfil del BRIEF-2



ESCALA KIDS-LIFE: Evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad intelectual (Gómez, L. E., Alcedo, M. A., Verdugo, M. A., Arias, B., Fontanil, Y., Arias V. B., Monsalve, A. & Morán L., 2016)

Aquí se observa que la dimensión donde la persona evaluada ha obtenido una puntuación más elevada es en Bienestar físico. Las puntuaciones más bajas se han dado en las dimensiones de Auto-determinación, Bienestar Emocional, Desarrollo Personal y Relaciones Interpersonales. Esto revela que la persona presenta dificultad para decidir por sí misma, así como para aprender diversas cosas y realizarse personalmente. Del mismo modo tiene problemas a la hora de relacionarse con la gente. En la figura 2 se encuentra un resumen de las puntuaciones obtenidas en la escala y en la figura 3 se encuentra el perfil de calidad de vida.

Figura 2
Resumen de puntuaciones KIDS-LIFE

DIMENSIONES	Puntuaciones Directas	Puntuaciones Escalares	Percentiles
BENESTAR FÍSICO	33	41	63
ACTIVIDAD FÍSICA	23	5	5
BENESTAR EMOCIONAL	33	5	5
BENESTAR SOCIAL	46	12	75
BENESTAR MATERIAL	42	10	50
DETERMINACIÓN	31	8	25
BENESTAR PERSONAL	33	6	9
RELACIONES INTERPERSONALES	30	5	5
Puntuación Estándar Total (suma)		62	
Índice de Calidad de Vida (Punt. Estándar Compuesta)		85	
Percentil del Índice de Calidad de Vida			15

Figura 3
Perfil de Calidad de Vida KIDS-LIFE



WAIS-III: Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III (2001)

Los resultados (ver Tabla 1 y Tabla 2) muestran que en las escalas se encuentran entre 3 y 4 desviaciones típicas por debajo de la media. Esto cualitativamente indica que el sujeto presenta puntuaciones muy bajas, al ser inferiores a 69. Estas puntuaciones revelan bajos conocimientos adquiridos relacionados con el razonamiento verbal y la atención a los componentes verbales (CIV). Del mismo modo, indican un bajo razonamiento fluido, del proceso espacial, atención a los detalles y la integración visomotora. Globalmente, se concluye que el sujeto presenta un funcionamiento intelectual global muy bajo. Sin embargo, se destaca una puntuación elevada con respecto a las demás en la prueba de Clave de números Codificación. Los resultados de las pruebas del test se encuentran en la Tabla 1 y los resultados de las escalas en la Tabla 2.

Tabla 1
Resultados de las pruebas del WAIS-III

Prueba	Puntuación directa	Puntuación escalar 16-19 años
FI Figuras incompletas	7	1
V Vocabulario	1	1
CN Clave de números Codificación	79	10
S Semejanzas	0	0
CC Cubos	15	1
A Aritmética	5	2
MA Matrices	5	1
D Dígitos	5	1
I Información	2	1
HI Historietas	2	3
C Comprensión	0	1

Tabla 2
Resultados de las escalas del WAIS-III

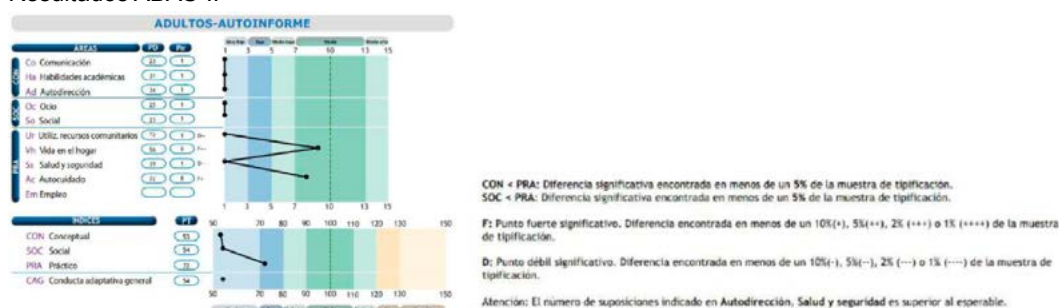
	Suma de puntuaciones escalares	CI	Centil
Escala verbal (CIV)	6	48	<0,1
Escala manipulativa (CIM)	16	59	<0,3
Escala total (CIT)	22	49	<0,1

ABAS-II: Sistema de evaluación de la conducta adaptativa (Harrison, P., Oakland, T., Montero Centeno, D., & Fernández Pinto, I., 2013)

Los resultados (ver Figura 4) muestran que todos los índices (conceptuales, sociales y prácticos) se encuentran por debajo de la media. Aunque los niveles de vida en el hogar y autocuidado están dentro de la media de la población de su edad. Destacan los niveles bajos en las escalas de Comunicación y Social.

La conducta adaptativa general de la persona es muy baja, por lo que se puede afirmar que sus habilidades funcionales diarias son inferiores a las de una persona de su edad, por tanto, no es capaz de desenvolverse en su vida cotidiana sin precisar ayuda de otras personas.

Figura 4
Resultados ABAS-II



RBPC. Inventario revisado de problemas de conducta (Quay, H. C., & Peterson, D. R., 1983)

Este inventario evalúa 6 factores, ordenados a continuación según la frecuencia con la que se presentan en la persona. Dentro de cada factor se indican los ítems que los progenitores han señalado como los más frecuentes:

- **Comportamiento psicótico.** Las puntuaciones altas revelan inquietudes con respecto a posibles síntomas psicóticos, que incluyen trastornos del habla, ideas extrañas, delirios y pruebas de realidad deteriorada.

En este caso los más frecuentes son relacionados con trastornos del habla:

- Lenguaje repetitivo; dice las mismas cosas una y otra vez
- Habla de forma incoherente, no tiene sentido lo que dice

- **Problemas de atención:**

- Responde sin reflexionar
- Impulsivo; empieza a hacer las cosas antes de saber qué es lo que hay que hacer; no se para a pensar

- **Problemas de conducta interna:** Las puntuaciones altas indican un comportamiento consistente con los trastornos de internalización, incluida la falta de confianza en sí mismo y autoestima, la hipersensibilidad a las críticas y el rechazo, el miedo y la ansiedad, etc.

- Le cuesta mucho escoger y decidir entre varias alternativas

- **Problemas de conducta externa:** Las puntuaciones altas indican propensión a la agresión física, dificultad para controlar la ira y la oposición.

- **Exceso de tensión motora:** Las puntuaciones altas sugieren que la persona está luchando con hiperactividad, inquietud, tensión y “nerviosismo”

En ambos factores, los progenitores indican que algunos ítems se dan, pero no muy frecuentemente.

- **Agresión socializada:** Este factor no se presenta en la persona evaluada.

Escala de satisfacción deportiva

Para la investigación de Moltó y Bruna (2017) se elaboró un cuestionario ad hoc “Cuestionario de variables sociodemográficas y práctica deportiva”, en este se registraba la edad, sexo y grado de discapacidad del participante. Había una segunda parte dedicada a la actividad deportiva que constaba de una serie de preguntas en la que se consideraba la práctica deportiva, la frecuencia y la pertenencia a un club o asociación deportiva. También se incluía una pregunta sobre la satisfacción con la actividad deportiva, así como una pregunta abierta en la que se preguntaban los motivos por los que practica deporte.

Tomando como referencia este cuestionario, se ha elaborado una adaptación con pictogramas del mismo para hacerlo más accesible a la persona evaluada. Se puede decir que la persona se encuentra satisfecha con la actividad deportiva que lleva a cabo.

INTEGRACIÓN DE LOS RESULTADOS

Todo lo expuesto anteriormente revela que los principales déficits que presenta J.F.J son comprensión verbal, comunicación, habilidades sociales, inflexibilidad y autodeterminación. También muestra problemas de regulación conductual y emocional.

Por otro lado, sus puntos fuertes son la organización de materiales, su motivación y su bienestar físico, ya que es deportista de alto nivel.

Su principal entrenador de natación y Juan Antonio Camero de Haro, el terapeuta que más tiempo lleva trabajando con ella y conoce su trayectoria, coinciden en que la motivación por parte de J.F.J para realizar sus tareas y entrenamientos nunca ha sido un problema. J. muestra ganas de querer hacer las cosas, a pesar de su déficit de iniciativa para actuar por sí misma. Esto se ha observado durante la ejecución de los test y coinciden en este aspecto las psicólogas que realizaron las dos últimas evaluaciones psicológicas.

Sin embargo, la persona presenta una gran inflexibilidad, uno de los aspectos que más preocupa a la familia, así como la dificultad que presenta para adaptarse a los cambios.

En este aspecto coincide su terapeuta Juan Antonio Camero, quien está trabajando con J.F.J. la tolerancia a la frustración generada por querer controlar todo lo que ocurre a su alrededor.

Los padres de la persona evaluada y su terapeuta habitual coinciden en que la niña adquiere aprendizaje a través de las historias sociales, así como con apoyos visuales acompañados de pictogramas.

Por todo esto, se propone una intervención combinando la terapia cognitivo-conductual con el trabajo realizado en el entorno deportivo. De esta forma generalizar el trabajo en terapia utilizando su principal motivador: el deporte.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Como citan Moltó y Bruna (2017): “El actual paradigma de intervención dirigida a personas con discapacidad se basa en tres pilares: facilitar apoyos, fomentar la autodeterminación y alcanzar una óptima calidad de vida” (pág. 13)

Después de analizar la evaluación realizada, estos son los aspectos que se van a abordar en la intervención:

- **Rigidez y tolerancia a la frustración.**
- **Habilidades sociales y lenguaje.**
- **Atención y seguimiento de instrucciones.**
- **Dificultad para elegir.**
- **Control emocional.**

Para tratar de dar respuesta a las preocupaciones de la familia en base a los resultados que revela la evaluación, la propuesta de intervención consiste en la elaboración de materiales de apoyo para mejorar distintos aspectos deficitarios. El procedimiento será el siguiente:

- Trabajar en terapia, con una fase explicativa y otra de teatralización o role-playing de la situación a trabajar.
- Asesorar a la familia, para posteriormente generalizar lo trabajado en el campeonato o entrenamiento, con la colaboración de los entrenadores.
- Reunir a la familia con el equipo terapéutico, después de cada oportunidad de generalización en campeonatos o eventos, para comentar y concretar las siguientes pautas a aplicar.

La metodología empleada será la cognitivo-conductual aplicada en un ambiente deportivo. Esta metodología ha sido la más utilizada con la persona evaluada y ha dado buenos resultados.

A continuación, se exponen una serie de propuestas de trabajo con intención de mejorar los diferentes déficits de la persona evaluada aplicándolos en el ámbito deportivo:

Rigidez y tolerancia a la frustración

Para trabajar este aspecto se proponen dos situaciones en las que la persona presenta más problemática:

a) Entrega de medallas

J.F.J conoce el funcionamiento de la entrega de premios (los puestos, quien gana medallas y quien no). Sin embargo, necesita apoyos para controlar las consecuencias emocionales y conductuales, evitando así su frustración.

Para la fase explicativa se utilizará un apoyo para interiorizar:

- Que los que llegan 1º, 2º y 3º tienen medalla o trofeo y suben al pódium a recogerlo. Como consecuencia, estamos contentos y lo contamos a nuestros amigos y familia.
- Si llego después, 4º, 5º, 6º... no tengo medalla. No tener medalla no significa haberlo hecho mal. Puedo estar triste, algo decepcionada, es normal. No pasa nada, lo importante es que lo hemos hecho lo mejor posible y seguimos trabajando

Para comprender mejor estos aspectos se elaborará una tabla con las pruebas, los tiempos mínimos, su mejor marca anterior y la marca conseguida, para que así vea más claro que lo importante es esforzarse y hacerlo mejor, aunque eso no se transforme en una medalla. A veces mejoras tu marca, pero no hay medalla. Sus entrenadores y su familia estarán contentos y eso será el refuerzo.

b) Comedor

J.F.J. presenta impulsividad en diversas situaciones, debido a que quiere acabarlo todo. Se da especialmente con la comida, pero también en otros momentos.

Por esto, uno de los problemas durante las competiciones que más preocupa a la familia es el momento de comer en los hoteles. En ocasiones se sirven los platos a cada persona, pero en la mayoría de las ocasiones se trata de un buffet libre en las tres comidas principales: desayuno, comida y cena.

Para tratar de resolver este aspecto se proponen una serie de estrategias:

- Instrucciones para comer:

Se le proporcionará una secuencia con pictogramas de los pasos a seguir durante la comida. Se cronometrará el tiempo entre cada tarea según el tipo de plato utilizando el cronómetro del móvil y colocándolo visible a la persona. Lo importante es hacerle ver que debe haber un tiempo mínimo entre cada tarea. Si acaba antes del tiempo deberá esperar a que suene la alarma de fin.

La persona tiende a agrupar los distintos ingredientes del plato y comerlos por ese orden. Por ejemplo, si está comiendo pisto, primero come todos los guisantes y después todas las zanahorias... así hasta acabar la comida. Del mismo modo, no mezcla el filete con las patatas. Para trabajar este aspecto de rigidez se le recordará que además de espacio tiene que comer mezclado.

- **Plan de menú con economía de fichas:**

Se preparará una plantilla con los días y las comidas a realizar en el buffet. En cada casilla se escribirá lo que se va a comer. En el caso de la comida y cena un primer plato, un segundo y un postre. Si va bien, más adelante, se le daría oportunidad a J.F.J de elegir los platos, de esta forma también se trabajaría la elección (aspecto deficitario que se aborda de forma aislada en otro apartado).

Al final del día se pondrán estrellas o caras felices si el comportamiento ha sido adecuado, para recordar que lo ha hecho bien y animar a seguir así.

Habilidades sociales y lenguaje

En el ambiente deportivo se dan muchas situaciones para trabajar las habilidades sociales, así como el lenguaje. A continuación, se exponen una serie de situaciones y las estrategias que se proponen:

a) El saludo: Qué digo cuándo saludo y a quién.

Se trabajarán dos teatralizaciones, en función de si son personas conocidas o no. En este último caso se trabajará la presentación cuando proceda. Se utilizará un apoyo tipo comic de su cara y un bocadillo con posibles frases a decir según la situación. Al trabajar el saludo, se diferenciarán dos situaciones: entrenamientos y competiciones:

- Entrenamientos:

Se trata de un entorno conocido en el que se producen oportunidades a menudo, por lo que el nivel de exigencia será mayor.

a. *Personas conocidas.* El saludo a los compañeros en el entrenamiento lo tiene bastante generalizado, pero se tiene que avanzar un poco más. Acompañar el saludo con una pregunta, manteniendo el contacto ocular y esperando la respuesta. Ejemplos:

¡Hola!, ¿Cómo estás? ¿Qué tal el instituto? ¿Qué tal las vacaciones? ...

b. *Personas desconocidas.* Suele contestar al saludo de otros profesores o usuarios de la piscina que normalmente se acercan a saludar y a interesarse por los deportistas de natación adaptada. No obstante, no mantiene el contacto ocular.

- Campeonatos:

Al tratarse en muchas ocasiones de un espacio nuevo, el nivel de exigencia será menor. Se aprovecharán todas las oportunidades posibles para generalizar el trabajo en habilidades sociales y lenguaje.

a. *Personas conocidas:*

Se utilizará el mismo apoyo que en la situación de entrenamiento para dar pistas sobre las frases que puede decir.

Ejemplos:

¡Hola! ¿Cómo estás? ¡Cuánto tiempo! Me alegro de verte...

Una estrategia de ayuda para relacionarse sería preparar una tabla con fotos de los compañeros con sus nombres, el club y la ciudad.

b. *Personas desconocidas:*

Se trabajará la presentación cuándo proceda:

Hola. Soy/Me llamo _____

Vengo de _____

Soy del Club _____

b) Animar y felicitar a los compañeros

Otro de los momentos dónde se produce bastante interacción con el equipo es en el momento de animar a los compañeros cuando:

- Realizan su prueba.

Varios aspectos a tener en cuenta:

- Localizar a los compañeros en las series
- (se subrayarán los nombres antes de la competición)
- Desearles suerte antes de ir a cámara de llamadas
- Estar en silencio en la preparación
- Animar durante la prueba. Utilizando apoyos tipo comic con modelos: ¡Vamos (nombre)! ¡A topeee!

- Reciben una medalla.

Varios aspectos a tener en cuenta:

- Estar pendiente de los puestos de los compañeros con apoyo del entrenador
- Darles la enhorabuena a los compañeros antes de ir a la cámara de premiación.
- Estar en silencio cuando habla la persona de megafonía.
- Aplaudir. Utilizando apoyos tipo comic con modelos: ¡Bravo (nombre)! ¡Olee! ¡ENHORABUENA!

En ambas situaciones, si está con otros compañeros que animan si lo hace por imitación, pero no de forma espontánea. Se espera que a través de la imitación se puedan ir retirando apoyos y se genere espontáneamente.

c) Trabajo de los turnos

Aprovechar distintas situaciones para trabajar este aspecto, que también le ayuda a mejorar la impulsividad.

- En el baño

Muchas veces cuando quiere ir al baño no se da cuenta de que hay gente esperando o el baño está ocupado.

Para trabajar esta situación específica se realizará una historia social. En el mismo apoyo se le recordará que tiene que cerrar la puerta al entrar.

- En el comedor

Una vez establecido el menú – bien por elección del supervisor o por elección propia - J. se levantará de la mesa y tendrá que esperar su turno para servirse el plato (ponerse en fila para prepararse una ensalada, para que le sirvan un filete o para coger el postre).

En ambas situaciones se hará un explicativo y luego un apoyo verbal en el momento. Si hubiese mucha gente necesitará supervisión.

d) Convivencia y autonomía

J.F.J. presenta autonomía para vestirse y ducharse entre otras tareas. Esto es en gran parte gracias a la autonomía trabajada en los momentos del vestuario desde que comenzó a nadar. Para dar un paso más en la autonomía de J.F.J. se trata de que en algunos campeonatos esté sola en una habitación con otras compañeras de equipo. Lo que requiere una mayor atención a la hora controlar las cosas, controlar la llave o guardar los turnos de entrada al baño.

También se debe recordar que se mantenga un comportamiento adecuado.

Atención y seguimiento de instrucciones

Se elaborarán diferentes apoyos visuales:

a) Concretos:

Se le prepararán algunos apoyos concretos para mejorar algunos aspectos técnicos de la natación a tener en cuenta como:

- Estar atenta al nombre en la cámara de llamadas
- Concentración antes de la prueba
- Preparación inmediata antes de la prueba
- Estar quieta en el trampolín
- Importancia del viraje y empujar fuerte
- No pararse al final de la prueba

Estos apoyos se podrán combinar o desglosar si fuera necesario.

b) Generales (Historias sociales):

- Lectura sobre el campeonato o evento

En la fase explicativa se trabajará en terapia una historia social con una lectura general sobre el campeonato o evento. Aquí se trabajarán también las tablas de compañeros y otros apoyos expuestos en los puntos anteriores. De este modo, se le anticipará lo que ocurrirá, insistiendo siempre en que si algo se cambia no pasa nada.

El evento de la toma de tiempos de la federación es un buen momento para poner en práctica el apartado sobre el trabajo de las medallas, ya que no hay. Es un evento para conseguir marcas oficiales que permitirán participar en posteriores competiciones. Es una buena ocasión para trabajar que lo importante es hacerlo bien y mejorar tus tiempos.

- Secuencia de entrenamiento

Se muestra una tabla en la que en el lado izquierdo se encuentra la instrucción y en el lado derecho la adaptación. Necesitará supervisión de un monitor o compañero.

- Esquema y desarrollo de las pruebas

Se elaborará una secuencia con los pasos a seguir desde que tiene que acudir a cámara de llamadas hasta que finaliza la prueba, así como un esquema de las pruebas a realizar (cuántos largos, longitud de la piscina, estilo a nadar...)

Se tratará de que vaya sola a la cámara de llamadas, para dar un paso más en su autonomía.

Para pruebas nuevas o aspectos más complejos se podrán elaborar apoyos específicos.

Dificultad para elegir

Para J. elegir es un aspecto difícil que le genera un conflicto interno. Para abordarlo se ha elaborado un apoyo muy básico en el que se anticipa que elegir quiere decir que me pongo un bañador hoy y el otro es para después. Este se podrá adaptar a otras situaciones de elección. También se trabajará la elección en el momento de la comida, si ha superado correctamente las pautas del apartado de tolerancia de frustración.

Control emocional

Es muy importante recordarle a J. los aspectos positivos de todo su trabajo para que su motivación continúe en el tiempo.

Con un apoyo sencillo se recordará que todas las emociones son normales y que hay que aceptarlas. En ocasiones ve el enfado y la tristeza como algo negativo, lo que le genera un conflicto interno. También se añadirá un “semáforo” para ayudar a identificar y controlar las distintas emociones.

En los días previos a las competiciones, se pueden dar situaciones de “conflicto” generado por los nervios previos a la competición. Los entrenadores aumentan el tono de voz y el nivel de exigencia. Para trabajar esta situación, se realizará una historia social.

Otra propuesta para trabajar las emociones será un juego utilizando las medallas para distintas situaciones. Se harán medallas con las emociones y las pondremos en distintos momentos. Algunos ejemplos:

- Tengo una medalla de feliz porque me lo he pasado muy bien con mis compañeros.
- Tengo una medalla de nerviosa porque había mucha gente en el comedor.
- Tengo una medalla de contenta porque he nadado muy bien.

Tabla 5

Resumen general de la intervención

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TIPO DE APOYO	META DE APRENDIZAJE
RIGIDEZ Y TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN	a. Entrega de medallas	AV pódium	Valorar el esfuerzo antes que el puesto
	b. Comedor	Instrucciones para comer Y Plan de menú con economía de fichas	Controlar la impulsividad Controlar la obsesión por acabarlo todo
HABILIDADES SOCIALES Y LENGUAJE	a. El saludo	AVTC: Qué digo cuándo saludo y a quien Me presento	Saludar a personas conocidas y desconocidas, y si procede la presentación
	b. Animar y felicitar a los compañeros	AVTC	Interacción social
	c. Trabajo de los turnos	AV en el baño	Controlar la impulsividad
	d. Convivencia y autonomía	AV en el hotel y habitación	Mayor autonomía y comportamiento adecuado
ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES	Aspectos técnicos de la natación	AV concretos	Procesamiento de información
	Situarse en distintos entornos	Historias sociales	Memoria y concentración
DIFICULTAD PARA ELEGIR	Elecciones de objetos materiales sencillas	AV bañador AV menú	Autodeterminación
CONTROL EMOCIONAL		AV Positividad Semáforo Entrenador	Motivación Regulación Aceptación

AV = Apoyo visual

AVTC = Apoyo visual tipo cómic

6. CONCLUSIÓN

En este trabajo se muestra el caso de una joven deportista de alto rendimiento con TEA que presenta diversos déficits que preocupan a la familia y que incluso les han hecho plantearse continuar con la carrera deportiva. Los principales déficits de la joven se han evaluado utilizando diferentes pruebas y teniendo en cuenta los últimos informes psicológicos. También se realizó una entrevista a sus progenitores y su terapeuta habitual.

Tratando de dar respuesta a las preocupaciones de la familia, se propone una intervención basada en la metodología cognitivo-conductual y en el uso de los SAAC.

El objetivo del trabajo es utilizar el deporte, principal motivador de la persona evaluada, como una herramienta para mejorar sus déficits. Por ello, la intervención se centra en el ambiente deportivo combinando el trabajo en terapia y situaciones reales.

La intervención de un caso debe ser personalizada. Se comenzará trabajando los objetivos en las sesiones terapéuticas antes de trasladarlos a entrenamientos y competiciones. Para esto es muy importante la colaboración de la familia, junto con terapeutas y entrenadores. Más allá de mejorar sus déficits en la terapia o en su entorno, con esta intervención se pretende mejorar la calidad de vida de la persona con TEA y su familia.

Como se ha comprobado en diversos estudios el deporte tiene múltiples beneficios para todos. En el caso de las personas con TEA, no beneficia solo al rendimiento físico, sino además produce una mejora de las habilidades sociales, integración y comunicación. Uno de los deportes más beneficios para las personas con TEA es la natación. No obstante, necesitan herramientas adecuadas –al igual que en otras discapacidades– para poder disfrutar de estos beneficios que se pueden obtener tanto en un ambiente de deporte adaptado como inclusivo. En este caso, la persona evaluada ha practicado deporte adaptado y deporte inclusivo resultando ambos beneficiosos y complementarios para ella.

Con este trabajo se presenta una propuesta de intervención específica para un caso con TEA en un entorno deportivo. Cada caso es único y especial. Como propuesta de futuro, sería interesante profundizar más en esta intervención y que pudiera ser una puerta para otros casos similares, así como un comienzo para una investigación mayor en este campo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, J. Á. C. (2017). Un nuevo paradigma para un futuro más saludable y con valores. *Deporte Inclusivo, Actividad Física Inclusiva y Educación Física Inclusiva. Revista de Educación Inclusiva*, 9(2), 69-86.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*.
- ARASAAC (Centro Aragonés de Tecnologías para la Educación). Gobierno de Aragón, España. <http://www.catedu.es/arasaac/aac.php>
- García, A. S. (2019). Beneficios del deporte y la actividad física en niños y niñas con trastorno del espectro autista. (Trabajo Fin de Grado, Universitat Rovira i Virgili)
- García, I. V. R., Rojas, D. D. C. N., Patiño, B. D. D., Cárdenas, P. R., & Vélez, T. H. (2016). Revisión sistemática de programas deportivos aplicados a personas con autismo. *Revista Ciencia y Actividad Física*, 3(2), 63-74.
- Gioia, G. A., & Belmonte, M. J. M. (2017). *BRIEF 2: Evaluación conductual de la función ejecutiva*. TEA.
- Gómez, L. E., Alcedo, M. A., Verdugo, M. A., Arias, B., Fontanil, Y., Arias V. B., Monsalve, A. & Morán L. (2016). *ESCALA KIDS-LIFE: Evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad intelectual*. Publicaciones del INICO.
- Grandin, T. (2006). *Pensar con imágenes: Mi vida con el autismo*. (1ª). ALBA.
- Guerrero, A. M. (2018). PICTAR: una herramienta de elaboración de contenido para personas con TEA basada en la traducción de texto a pictogramas. (Trabajo Fin de Máster, Universidad Complutense de Madrid)
- Harrison, P., Oakland, T., Centeno, D. M., & Fernández-Pinto, I. (2013). *ABAS-II: Sistema de evaluación de la conducta adaptativa: manual*. TEA.
- Moltó, A. G., & Bruna, M. O. (2017). Satisfacción vital, autodeterminación y práctica deportiva en las personas con discapacidad intelectual. *Revista de psicología del deporte*, 26(2), 13-19.
- Ortiz, J. J. P. (2017). Plan de negocio – con limitaciones, pero sin límites. la natación como inclusión – (Trabajo Fin de Grado, Universidad de Sevilla)
- Pimenta, R. A., Zuchetto, A. T., Bastos, T., & Corredeira, R. (2016). Efectos de la natación para jóvenes con trastorno del espectro autista. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 16(64), 789-806.
- Quay, H. C. & Peterson, D. R. (1983). *RBPC: Revised Behavior Problem Checklist*. PAR.
- WAIS-III: Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III: Manual técnico* (2ª ed. rev). (2001). TEA.
- Convención Internacional de Derechos para personas con discapacidad.
- LEY 5/2016, de 19 de julio, del Deporte de Andalucía. BOJA núm. 140, de 22 de julio de 2016.
- LEY 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía. BOJA número 191 de 04/10/2017.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Programa de intervención en un paciente con síndrome de Asperger

Trabajo de fin de grado de Ana Elena Cifuentes Barba,
tutorizado por Francisco Jesús Carrero Barril

Resumen

Este Trabajo Fin de Grado se encuentra basado en el estudio de caso de un niño diagnosticado con síndrome de Asperger, realizado durante el periodo comprendido de octubre de 2019 a marzo de 2020. El paciente está diagnosticado de síndrome de Asperger desde los cinco años. Actualmente, tiene diez años y se encuentra repitiendo el cuarto curso de primaria. En el documento consta la fundamentación teórica, la anamnesis y su respectiva evaluación llevada a cabo en el colegio San Manuel, en Málaga. Tras el análisis de los datos obtenidos, se ha realizado una propuesta de intervención personalizada a este paciente, habiendo previamente observado sus motivaciones y gustos. Tras aplicar parte de la intervención propuesta, se aprecia una mejora notable en el uso y manejo del lenguaje, siendo esto muy positivo para su conocimiento del mundo.

Palabras clave: Síndrome de Asperger, trastorno del espectro autista, intervención logopédica, caso práctico.

Abstract

This End of Grade Project is based on a case study of a child diagnosed with Asperger's syndrome, conducted during the period October 2019 to March 2020. The patient has been diagnosed with Asperger's syndrome since the age of five. He is currently ten years old, and he is repeating the fourth grade of elementary school. The document contains the theoretical foundation, the anamnesis and its respective evaluation carried out at the San Manuel School in Malaga. After the analysis of the data obtained, a customized intervention proposal has been made to this patient, having previously observed his motivations and tastes. After applying part of the proposed intervention, there is a notable improvement in the use and handling of language, which is very positive for their knowledge of the world.

Keywords: Asperger's syndrome, autism spectrum disorder, speech therapy intervention, case study.

1. Anamnesis

El paciente D.R.O, G.M., se encuentra escolarizado repitiendo 4º de primaria, acude dos veces a la semana al aula de logopedia del centro escolar. En las pruebas que se le realizan a los 5 años de edad, obtiene un CI Total de 91 y su capacidad intelectual global se clasifica como normal. Además, el juicio clínico de esta valoración fue que el paciente presenta rasgos compatibles con los Trastornos del Espectro Autista, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V. No hallándose evidencias de déficit intelectual ni retraso del lenguaje.

2. Evaluación y diagnóstico

2.1 Pruebas administradas

Para realizarle a D.R.O, G.M., una evaluación lo más exhaustiva y completa posible, se le han administrado las siguientes pruebas.

- Test Peabody (PPVT - III) (Dunn y Pereda Marín, 1985)
Evalúa el nivel de vocabulario receptivo. Abarca un rango de edades comprendidas entre los dos años y medio hasta los noventa años.
- Evaluación clínica de los fundamentos del lenguaje (CELF - V) (Secord, Semel, y Wiig, 2018)
Está compuesto por ítems que evalúan las distintas competencias lingüísticas: semántica, léxico, morfología, sintaxis, pragmática y memoria. El rango de aplicación abarba de los cinco a los quince años.
- Entrevista para el Diagnóstico del Autismo – Revisada (ADI-R) (Rutter et al., 2006)
Es una entrevista clínica que permite una evaluación profunda de sujetos con sospechas de trastornos del espectro autista, así mismo, es muy útil a la hora de diagnosticar y diseñar los planes educativos y de tratamiento. Esta prueba puede comenzar a administrarse a personas con una edad mental superior a los dos años.
- Inventario de Espectro Autista (IDEA) (Rivière, 2004)
Presenta como objetivo evaluar las doce dimensiones que más caracterizan a las personas con TEA y/o con trastornos profundos del desarrollo. Este inventario ha sido creado para medir la severidad y profundidad de los rasgos autistas que presenta una persona, con independencia de su diagnóstico diferencial.
- Registro Fonológico Inducido (Monfort y Juárez Sánchez, 1990)
Esta prueba evalúa la fonología tanto en expresión inducida como en repetición.
- Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva – 2 (BRIEF-2) “Escuela” (Gioia, G.A., Isquith, P.K., Guy S.C. y Kenworthy, 2017)
Te permite evaluar los aspectos conductuales de las funciones ejecutivas.
- Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial (BLOC) (Puyuelo et al., 1997)
Es una batería de evaluación del lenguaje que introduce conceptos referentes a psicolingüística en relación con los múltiples componentes del lenguaje (forma, contenido y uso), además de ofrecer una valoración ligada al contexto del sujeto.

2.2 Resultados del estudio

Ha continuación se expondrán los resultados obtenidos en cada una de las pruebas administradas y su valoración correspondiente.

Test Peabody (PPVT – III) (Dunn y Pereda Marín, 1985)

Este test fue administrado cuando el paciente tenía una edad cronológica de 10 años y 3 meses.

Tabla 1
Resultados Test Peabody (PPVT-III)

PUNTUACIONES	
Puntuación Directa	91
PUNTUACIONES TRANSFORMADAS	
CI	78
Percentil	7
Eneatipo	2
DESARROLLO	
Edad Equivalente	7 - 8

Los resultados sitúan a D.R.O, G.M, a 1,5 desviaciones típicas por debajo de la media en el constructo que mide la prueba para su grupo de edad.

Evaluación clínica de los fundamentos del lenguaje (CELF - V) (Secord et al., 2018)

Este test fue administrado cuando el paciente tenía una edad cronológica de 10 años y 4 meses.

Puntuaciones escalares**Tabla 2**
Puntuaciones escalares CELF - V

	Punt. directa	Punt. escalar	Intervalo de confianza 90%	Percentil	Intervalo de conf. del percentil	Punt. de edad equivalente
Palabras relacionadas	3	1	-1 a 3	0.1	0.1 a 1	3:2
Ejecución de indicaciones	9	3	1 a 5	1	0.1 a 5	5:2
Elaboración de frases	4	1	-1 a 3	0.1	0.1 a 1	4:6
Repetición de frases	35	6	4 a 8	9	2 a 25	7:5
Comprensión oral de textos	1	1	-1 a 3	0.1	0.1 a 1	---
Definición de palabras	7	11	8 a 14	63	25 a 91	11:4
Puzle de palabras	20	16	14 a 18	98	91 a 99.6	15:10
Relaciones semánticas	3	5	3 a 7	5	1 a 16	7:00
Perfil de habilidades pragmáticas	100	2	1 a 3	0.4	0.1 a 1	<3:00

Puntuaciones compuestas**Tabla 3**
Puntuaciones Compuestas CELF – V

	Suma punt. escalares	Punt. compuesta	Intervalo de confianza 90%	Percentil	Intervalo de confianza del percentil
Puntuación principal de lenguaje (PPL)	13	61	55 a 67	0.5	0.1 a 1
Índice de lenguaje receptivo (ILR)	9	60	54 a 66	0.4	0.1 a 1
Índice de lenguaje expresivo (ILE)	23	85	78 a 92	16	7 a 30
Índice de contenido lingüístico (ICL)	13	67	58 a 76	1	0.3 a 5
Índice de estructura lingüística (IEL)	10	62	55 a 69	1	0.1 a 2

Verificación habilidades pragmáticas

Tabla 4
Verificación de habilidades pragmáticas CELF – V

Total de observaciones verificadas	18
Criterio	≤ 9 (no se cumple)

Comparación entre índices

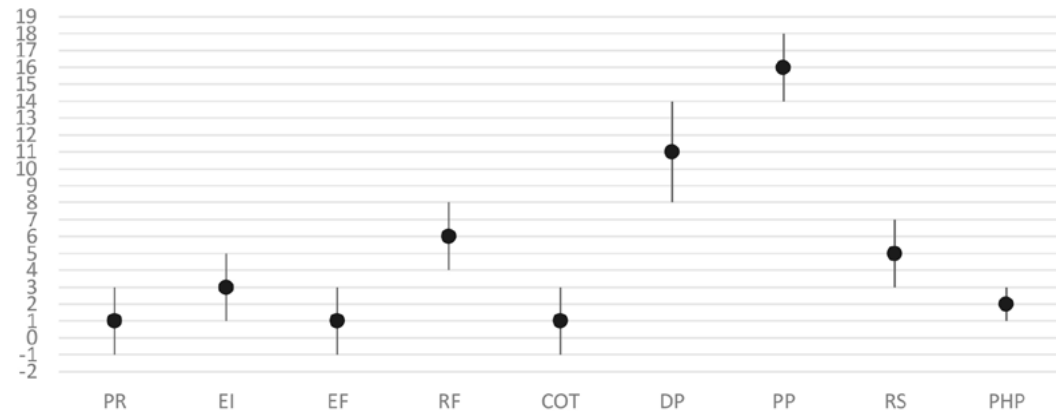
Tabla 5
Comparación entre índices CELF – V

	Punt. Compuesta 1	Punt. Compuesta 2	Diferencia	Valor crítico	Diferencia significación	Nivel de significación
ILR-ILE	60	85	-25	11	si	0.5
ICL-IML	67	62	5	13	no	0.5

Perfil de puntuaciones escalares

Una puntuación por debajo de 7 debe considerarse en el límite.

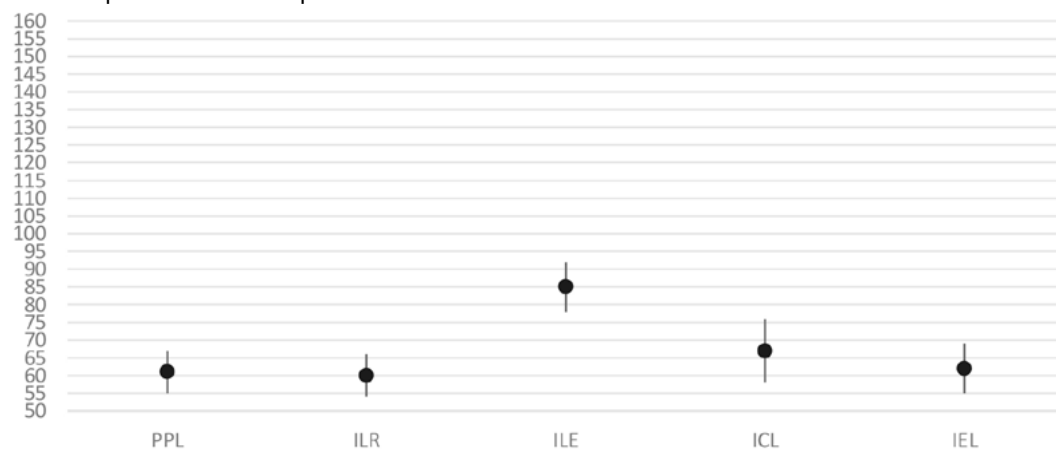
Figura 1
Perfil de puntuaciones escalares CELF - V



Perfil de puntuaciones compuestas

Una puntuación compuesta de 85 debe considerarse en el límite.

Figura 2
Perfil de puntuaciones compuestas CELF – V



A D.R.O, G.M, se le han aplicado cuatro pruebas de la Evaluación clínica de los fundamentos del lenguaje (CELF-5) las cuales dan la Puntuación principal de lenguaje. Esta baremación es una medida significativa de la aptitud lingüística del sujeto, la cual ofrece la posibilidad de cuantificar el rendimiento lingüístico general de la persona de una manera eficaz y fiable. La Puntuación principal de lenguaje

tiene una media de 100 y una desviación típica de 15. En esta escala, una puntuación equivalente a 100 representa el rendimiento promedio del sujeto para una edad determinada.

Para obtener la Puntuación principal de lenguaje, se aplicaron las siguientes pruebas a D.R.O, G.M.:

- Palabras relacionadas.
- Elaboración de frases.
- Repetición de frases.
- Relaciones semánticas.

La Puntuación principal de lenguaje del paciente es de 61 (intervalo de confianza de 55 a 67, percentil 0.5), por lo que su funcionamiento lingüístico se sitúa por debajo de la media.

Índice de lenguaje receptivo

El Índice de lenguaje receptivo nos ofrece el resultado de D.R.O, G.M, en las tres pruebas que miden los aspectos relacionados con la recepción del lenguaje, encontrándose dentro de este la comprensión y la escucha.

Las pruebas que miden este índice son respectivamente:

- Palabras relacionadas.
- Ejecución de indicaciones.
- Relaciones semánticas.

La puntuación obtenida en el Índice de lenguaje receptivo por D.R.O, G.M, es de 60 (intervalo de confianza de 54 a 66, percentil 0.4), lo que significa que su rendimiento es significativamente más bajo de lo esperado.

Índice de lenguaje expresivo

El Índice de lenguaje expresivo da como resultado el rendimiento de D.R.O, G.M, en las pruebas que evalúan los aspectos expresivos del lenguaje, en los cuales se encuentra incluida la expresión oral.

Las pruebas que evalúan este índice son las siguientes:

- Elaboración de frases.
- Repetición de frases.
- Puzle de palabras.

La puntuación del Índice de lenguaje expresivo de D.R.O, G.M, es de 85 (intervalo de confianza de 78 a 92, percentil 16), por lo que su funcionamiento lingüístico se sitúa en el límite de la media para su edad.

Índice de contenido lingüístico

El Índice de contenido lingüístico refleja el rendimiento de D.R.O, G.M, en tres pruebas que miden el vocabulario y el conocimiento léxico.

Las pruebas que se encuentran dentro de este índice son:

- Palabras relacionadas.
- Comprensión oral de textos.
- Definición de palabras.

El sujeto en este apartado obtuvo una valoración de 67 puntos (intervalo de confianza de 58 a 76, percentil 1), lo que significa que su funcionamiento lingüístico se encuentra por debajo de la media para su edad cronológica.

Índice de memoria lingüística

El Índice de estructura lingüística refleja el rendimiento de D.R.O, G.M, en cuatro pruebas que miden la comprensión y la producción de estructuras morfológicas y sintácticas.

Para obtener la puntuación referente a este índice se aplicaron las siguientes pruebas:

- Ejecución de indicaciones.
- Elaboración de frases.
- Repetición de frases.

La puntuación obtenida por D.R.O, G.M, es de 62 (intervalo de confianza de 55 a 69, percentil 1), por lo que su funcionamiento lingüístico se sitúa por debajo de la media.

Pruebas

Palabras relacionadas (PR)

La prueba "Palabras relacionadas" permite evaluar las aptitudes del paciente para comprender las relaciones entre las palabras, basadas en el campo semántico y, en relaciones semánticas específicas. El sujeto debe elegir, de entre las tres o cuatro palabras que se le leen, las dos que más relación tienen.

La puntuación de D.R.O, G.M, en esta prueba es 1 (intervalo de confianza de -1 a 3, percentil 0.1). Esta puntuación sitúa al paciente en una edad equivalente de 3 años y 2 meses.

Ejecución de indicaciones (EI)

La prueba "Ejecución de indicaciones" permite evaluar las aptitudes del sujeto para interpretar indicaciones orales de longitud y complejidad creciente, seguir el orden en que se han mencionado las figuras y sus características de posición, color y tamaño e identificar las figuras denominadas de entre otras.

La puntuación de D.R.O, G.M, es de 3 (intervalo de confianza de 1 a 5, percentil 1). Esta puntuación sitúa al paciente en una edad equivalente a 5 años y 2 meses.

Repetición de frases (RP)

La prueba "Repetición de frases" permite evaluar la aptitud para escuchar frases orales de longitud y complejidad creciente y repetirlas sin cambiar el significado, ni el contenido, ni la estructura de las palabras o de la frase. El paciente debe repetir la frase que se le lee.

La puntuación de D.R.O, G.M, en esta prueba es de 6 (intervalo de confianza de 4 a 8, percentil 9). Esta puntuación sitúa al paciente en una edad equivalente de 7 años y 5 meses.

Comprensión oral de textos (COT)

La prueba "Comprensión oral de textos" permite evaluar las aptitudes del sujeto para mantener la atención y la concentración mientras escucha textos orales, crear significado a partir de los textos, además de responder preguntas sobre el contenido del texto, y así mismo a usar estrategias fundamentales de pensamiento para llevar a cabo interpretaciones más allá de la información contenida en el texto.

La puntuación de D.R.O, G.M, en esta prueba es de 1 (intervalo de confianza de -1 a 3, percentil 0.1).

Definición de palabras (DP)

La prueba "Definición de palabras" permite evaluar las aptitudes para la interpretación de frases orales de longitud y complejidad creciente y elegir los dibujos que ilustran el significado referencial de las frases.

La puntuación de D.R.O, G.M, en esta prueba es de 11 (intervalo de confianza de 8 a 14, percentil 63). Esta puntuación sitúa al sujeto con una edad equivalente de 11 años y 4 meses.

Puzle de palabras (PP)

La prueba "Puzle de palabras" permite evaluar las aptitudes del sujeto para aplicar las reglas morfosintácticas de la flexión de género y número, la conjugación verbal, la concordancia, la derivación nominal y adjetiva, los grados comparativo y superlativo, y la contracción; y la selección y utilización de los determinantes y pronombres posesivos, los pronombres personales átonos y los reflexivos, las preposiciones y las conjunciones.

La puntuación de D.R.O, G.M, es de 16 (intervalo de confianza de 14 a 18, percentil 98). Esta puntuación sitúa a este sujeto con una edad cronológica de 15 años y 10 meses.

Relaciones semánticas (RS)

La prueba "Relaciones semánticas" permite evaluar las aptitudes para interpretar las indicaciones que requieren operaciones lógicas, como inclusión, tiempo y ubicación, y la identificación de los dibujos mencionados de entre varios dibujos.

La puntuación de D.R.O, G.M, es de 5 (intervalo de confianza de 3 a 7, percentil 5). Esta puntuación sitúa a este paciente en una edad cronológica de 7 años.

Perfil de habilidades pragmáticas

La prueba "Perfil de habilidades pragmáticas" es una lista de verificación que sirve para identificar los déficits pragmáticos verbales y no verbales que pueden afectar negativamente al sujeto en su comunicación social y académica.

La puntuación de D.R.O, G.M es de 2 (intervalo de confianza de 1 a 3, percentil 0.4). Esta puntuación sitúa al sujeto en un a edad equivalente de menos de 3 años.

Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial (BLOC) (Puyuelo et al., 1997)

Este test fue administrado cuando el paciente tenía una edad cronológica de 10 años y 2 meses.

Resultados en sintaxis

Tabla 6
Puntuaciones obtenidas en la prueba de sintaxis del test BLOC

SINTAXIS		
Pruebas de sintaxis	Puntuación directa	Puntuación centil
Oraciones simples: SJ-V	10	100
Oraciones simples: SJ-V-OD	8	11.7
Oraciones simples: SJ-V-CCL	8	49.4
Oraciones simples: SJ-Vcop-Atributo	10	100
Oraciones simples: SJ-V-OD-CCL	10	100
Oraciones simples: SJ-V-OD-OI	10	100
Oraciones negativas	10	100
Negación del atributo	10	100
Pronombres y adverbios de negación	10	100
Voz pasiva	0	16.9
Sujetos coordinados. Objetos coordinados.	5	33.8
Verbos coordinados. Adjetivos coordinados.	1	7.8
Oraciones comparativas	7	35.1
Oraciones subordinadas: Causa y condición	9	88.3
Subordinadas temporales: «Después»/«Antes»	0	3.9
Subordinadas temporales: «Cuándo»/«Hasta que»	0	7.8
Subordinadas adversativas	0	1.3
Subordinadas de relativo	10	100
TOTAL	118	7.8

En el bloque de sintaxis es mejor que el 7.8% de sujetos de su edad cronológica y peor que el 92.2%. Al haber obtenido un porcentaje menor a 30, el nivel en el que se encuentra es de riesgo, ya que su competencia en el lenguaje es muy reducida.

Resultados en semántica

Tabla 7
Puntuaciones obtenidas en la prueba de semántica del test BLOC

SEMÁNTICA		
Pruebas de semántica	Puntuación directa	Puntuación centil
Agente - Acción	10	100
Acción - Objeto	10	100
Dativo	10	100
Instrumental	10	100
Locativo	8	41.0
Modificadores	10	100
Cuantificadores	10	100
Modificadores de tiempo y sucesión	10	100
TOTAL	78	93.6

En el bloque de semántica se encuentra en el percentil 93.6, lo que significa que su nivel está catalogado de superior, es decir, que domina las habilidades lingüísticas referidas a la semántica.

Resultados en morfología

Tabla 8
Puntuaciones obtenidas en la prueba de morfología del test BLOC

MORFOLOGÍA		
Pruebas de morfología	Puntuación directa	Puntuación centil
Plurales: Singulares acabados en vocal	8	68.1
Plurales: Singulares acabados en consonante e invariables	6	1.4
Adjetivo	9	0.0
Formas verbales regulares: Presente	9	40.3
Formas verbales regulares: Pasado	2	1.4
Formas verbales regulares: Futuro	0	0.0
Formas verbales regulares: Imperfecto	0	0.0
Formas verbales irregulares: Presente	6	27.8
Formas verbales irregulares: Pasado	4	45.8
Formas verbales irregulares: Futuro	5	12.5
Participios	1	0.0
Comparativos y Superlativos	8	61.1
Sustantivos derivados: Profesiones	6	27.8
Sustantivos derivados	1	1.4
Adjetivos derivados	5	8.3
Pronombres personales: Sujetos	10	100
Pronombres personales en función de objeto	1	8.3
Reflexivos	1	2.8
Posesivos	5	23.6
TOTAL	87	0.0

En el bloque de morfología el sujeto evaluado ha obtenido un percentil de 0.0, lo cual significa que su competencia en morfología es muy reducida, teniendo importantes desfases de rendimiento en comparación con sujetos de su edad.

Resultados en pragmática

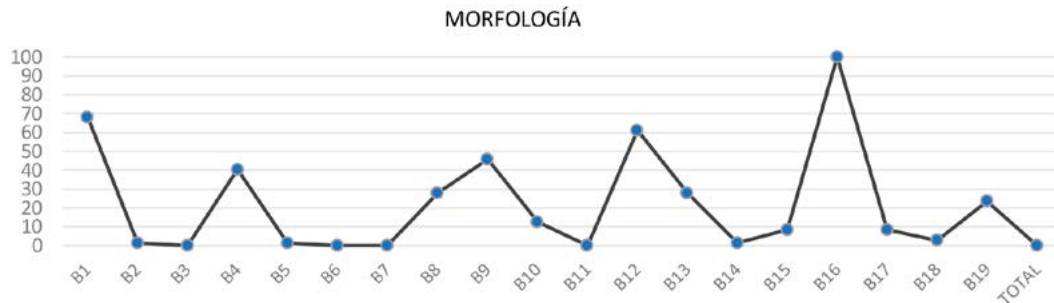
Tabla 9
Puntuaciones obtenidas en la prueba de pragmática del test BLOC

PRAGMÁTICA		
Pruebas de pragmática	Puntuación directa	Puntuación centil
Saludos y despedidas	8	24.2
Reclamar la atención	6	4.5
Ruego/ Concesión/ Negar permiso	8	56.1
Demandas de información específica	10	100
Demandas de confirmación o negación	8	39.4
Quién/Qué	5	33.3
Dónde/Cuándo	8	100
De quién	7	50.0
Por qué/Cómo	5	3.0
Hacer comentarios, mostrar aprobación y desaprobación	9	37.9
Requerimientos directos de acción	9	42.4
Requerimientos indirectos de acción	4	54.5
Protestas	7	25.8
TOTAL	94	24.2

En el bloque de pragmática el sujeto evaluado ha obtenido un percentil de 24.2, lo cual significa que el 75.8% de sujetos de su edad está por encima de él. Es decir, tiene graves deficiencias en las habilidades pragmáticas del lenguaje.

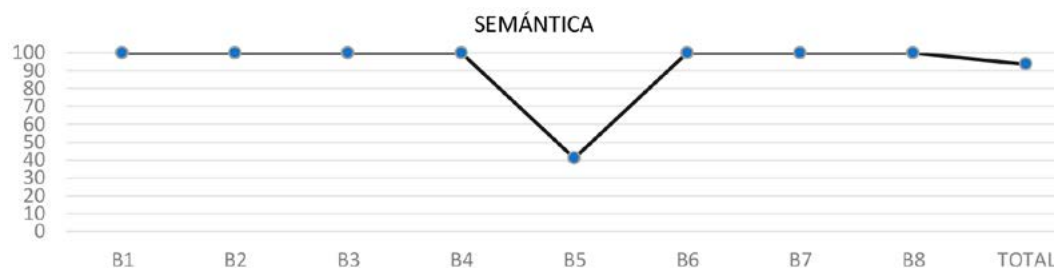
Baremos normativos en centiles por bloques y módulos

Figura 3
Perfil de morfología del test BLOC



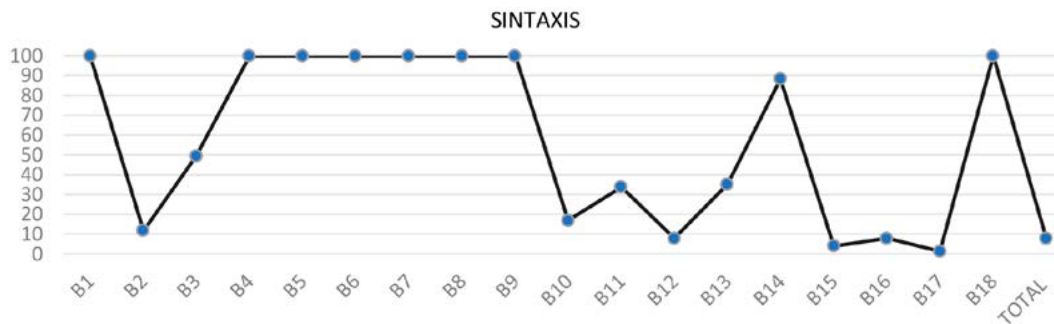
Como se puede observar en el gráfico expuesto las pruebas en las que D.R.O, G.M, obtiene un rendimiento menor son la formación de plurales acabados en consonante e invariables (B2), la descripción a partir de un adjetivo (B3), la formación en pasado, futuro e imperfecto de las formas verbales regulares (B5, B6, B7), la formación del futuro en las formas verbales irregulares (B10), la realización de participios (B11), la formación de sustantivos y adjetivos derivados (B14, B15), la correcta utilización de los pronombres personales en función del objeto (B17) y la formación de reflexivos (B18). Las pruebas por el contrario que mejor realiza son la formación de plurales (B1), la realización de comparativos y superlativos (B12) y la indicación de los pronombres personales como sujetos (B16).

Figura 4
Perfil de semántica del test BLOC



Como se puede observar en el gráfico anterior la prueba en la que D.R.O, G.M, obtiene un rendimiento menor es en la descripción de la lámina introduciendo el locativo correspondiente. En todas las demás pruebas relativas a este campo obtiene la máxima puntuación.

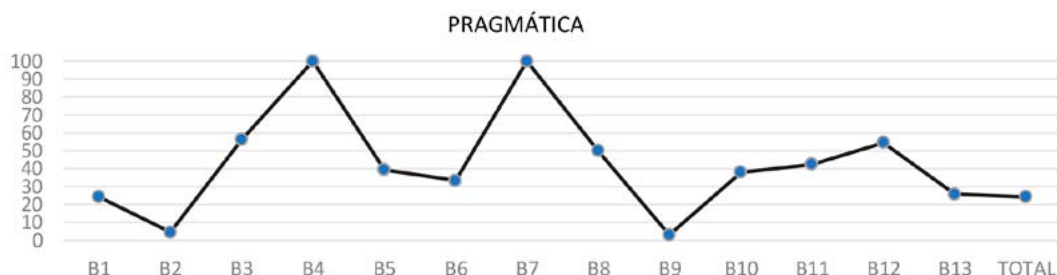
Figura 5
Perfil de semántica del test BLOC



En este gráfico se puede observar que D.R.O, G.M, obtiene una puntuación sobresaliente en las pruebas de construcción de frases simples consistentes en sujeto y verbo (B1), en construcción de frases con sujeto, verbo y complemento de lugar (B3), en oraciones copulativas (B4), en oraciones tran-

sitivas con complemento de lugar (B5), en construcción de frases con objeto directo e indirecto (B6), en formación de oraciones negativas (B7), en oraciones de negación del atributo (B8), en utilización de pronombres y adverbios de negación en una oración (B9), en la realización de oraciones subordinadas con causa y condición (B14) y en la construcción de subordinadas relativas (B18). Por el contrario, hay pruebas en las que no alcanza la media esperada para su edad, como son, la formación de oraciones con objeto directo (B2), la voz pasiva (B10), la realización de frases con sujetos y adjetivos coordinados (B11 y B12), la realización de oraciones comparativas (B13), la construcción de frases subordinadas temporales (B15 y B16) y la realización de subordinadas adversativas (B17).

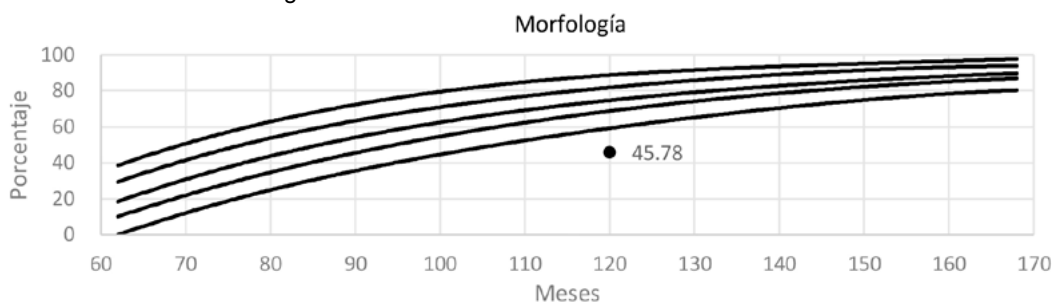
Figura 6
Perfil de semántica del test BLOC



En el gráfico anterior se puede observar cómo D.R.O, G.M, tiene un rendimiento mayor en las pruebas de ruego y negar permiso (B3), en demandar información específica (B4), en hacer preguntas relativas al dónde y al cuándo (B7), en preguntar de quién es el objeto (B8) y en realizar requerimientos indirectos de acción (B12). Por el contrario, ha obtenido un rendimiento menor en las pruebas de realizar saludos y despedidas (B1), en reclamar la atención (B2), en demandar confirmación o negación (B5), en preguntar introduciendo pronombres relativos (quién/qué) (B6), en realizar preguntar relativas a por qué o cómo (B9), en realizar comentarios que muestren aprobación y desaprobación (B10), en requerimientos directos de acción (B11) y en la realización de protestas (B13).

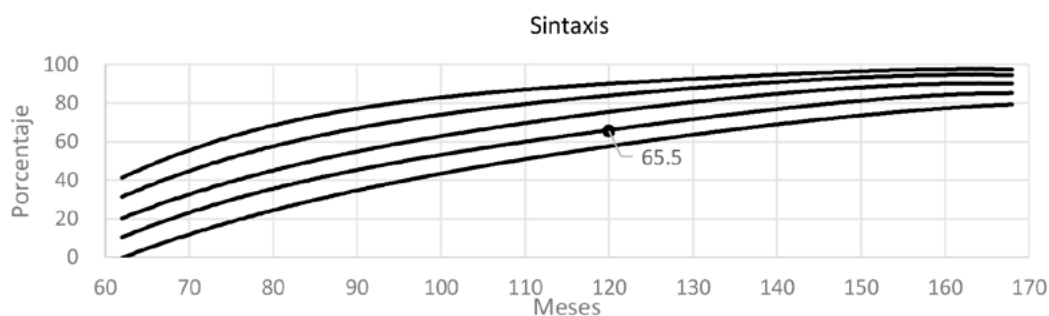
Curvas normativas de desarrollo por módulos

Figura 7
Nivel de desarrollo morfológico del test BLOC



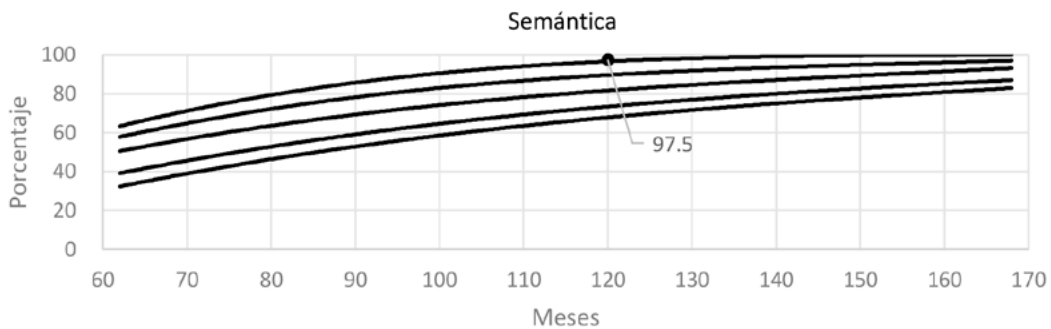
Como se puede observar en esta representación D.R.O, G.M, en el módulo de morfología no alcanza el percentil 10, lo que significa que está muy por debajo del valor medio perteneciente para su edad.

Figura 8
Nivel de desarrollo sintáctico del test BLOC



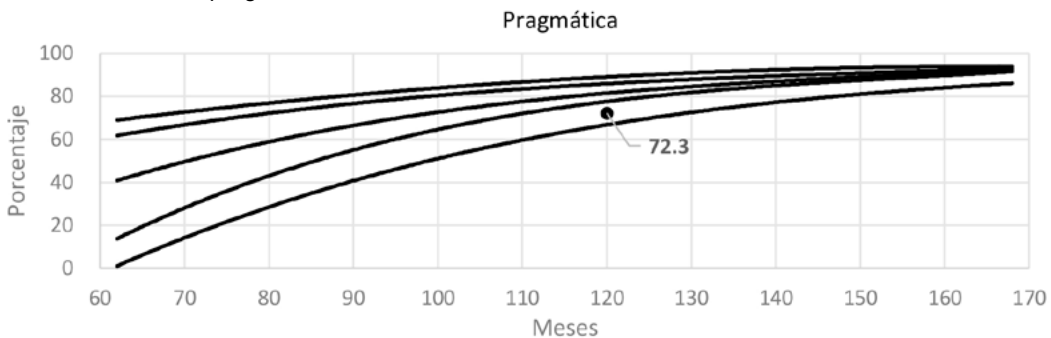
En el módulo de sintaxis, D.R.O, G.M, alcanza el percentil 25, lo que significa que se encuentra por debajo de la media normal para su edad.

Figura 9
Nivel de desarrollo semántico del test BLOC



En el módulo de semántica, D.R.O, G.M, se encuentra en el percentil 90, lo cual significa que se encuentra por encima de la media normal para su edad.

Figura 10
Nivel del desarrollo pragmático del test BLOC



En el módulo de pragmática D.R.O, G.M, se encuentra en el percentil 25, lo que significa que se encuentra por debajo de la media correspondiente para su edad.

Registro fonológico inducido (Monfort y Juárez Sánchez, 1990)

Este test fue administrado cuando el paciente tenía una edad cronológica de 10 años y 4 meses.

En este test D.R.O, G.M, realizó una pronunciación perfecta de cada uno de los fonemas expuestos en expresión espontánea, por lo que ha obtenido un total de cero palabras erróneas. Este dato revela que el sujeto no tiene ningún tipo de trastorno de los sonidos del habla.

Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva. BRIEF -2 Escuela (Gioia, G.A., Isquith, P.K., Guy S.C. y Kenworthy, 2017)

Este test fue realizado por la logopeda del centro escolar cuando el sujeto tenía una edad cronológica de 10 años y 4 meses.

Antes de realizar la interpretación de los datos obtenidos, debemos aclarar que, para las escalas de este test la media es igual a 50 y la desviación estándar es 10, por lo que una puntuación de 65 o más se considerará clínicamente significativa.

El análisis de las puntuaciones recabadas a partir del informe de la escuela denota que todos los índices son clínicamente significativos, siendo el índice más reseñable de funciones ejecutivas con una puntuación de más de 70.

Así mismo, dentro de las escalas clínicas, se encuentra que la inhibición, la flexibilidad de pensamiento y la iniciativa se encuentran dentro de los valores normativos, sin embargo, los demás ítems se encuentran por encima de los valores normativos, siendo los valores más reseñables la "supervisión de sí mismo" y la "planificación y organización" con valores por encima de 75 puntos. En cuanto a las escalas de validez, se encuentra que todos los valores están dentro de la normalidad, no encontrándose ni inconsistencia ni negatividad.

Inventario de Espectro Autista (IDEA) (Rivière, 2004)

Este test fue realizado por la logopeda del centro escolar cuando el sujeto tenía una edad cronológica de 10 años y 3 meses.

El test realizado por la logopeda ha obtenido una puntuación de 38, lo que da como resultado que se catalogue al sujeto como “*Síndrome de Asperger*”, ya que se encuentra dentro del rango de 30 a 45 puntos. Esta catalogación implica que el sujeto puede estar dentro del aula ordinaria, si bien, sus relaciones sociales estarán marcadas por una incapacidad para entender las claves sociales y habitualmente mostrará poca o nula empatía (Rivière, 2004).

Este test fue realizado por la tutora del centro escolar cuando el sujeto tenía una edad cronológica de 10 años y 3 meses.

El test realizado por la tutora del sujeto ha obtenido una puntuación de 54 puntos, lo que catalogaría al sujeto dentro de la franja catalogada como “*Autismo regresivo*”, ya que esta se encuentra en la franja de 50 a 70 puntos. Esta categoría implica que el sujeto pierde las habilidades anteriormente adquiridas, es decir, se pierde el contacto ocular, el lenguaje, así como otras habilidades cognitivas (Rivière, 2004).

Entrevista para el Diagnóstico de Autismo – Revisada (ADI-R) (Rutter et al., 2006)

Este test fue realizado cuando el paciente tenía una edad cronológica de 10 años y 4 meses.

Este test, aunque ha sido pensado para ser administrado a las familias, no ha sido posible en este caso, por este motivo lo ha rellenado la evaluadora. Las puntuaciones obtenidas han superado el corte de algoritmo diagnóstico en todos los bloques propuestos en la prueba.

Así, en el bloque de “Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca” el paciente ha obtenido 17 puntos, lo que está significativamente por encima del corte diagnóstico, el cual se sitúa en 10. Esto significa que le cuesta relacionarse con sus iguales, que presenta un interés disminuido por la interacción con otros y que tiene deficiencias en la reciprocidad socio – emocional.

En el apartado de “Alteraciones cualitativas de la comunicación”, la puntuación obtenida ha sido de 12 puntos y el corte diagnóstico se sitúa en 8. Esto indica que el sujeto evaluado presenta una incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional, además de presentar un habla estereotipada y repetitiva.

Por último, en el apartado “Patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados”, el sujeto ha obtenido una puntuación total de 9 puntos, siendo el punto de corte diagnóstico 3. Esta puntuación refleja que D.R.O, G.M, presenta patrones de intereses restringidos, rituales verbales o gestuales, manierismos motores estereotipados y repetitivos e intereses sensoriales inusuales.

3. Conclusiones de los resultados obtenidos

A través de las pruebas aplicadas a D.R.O, G.M, se ha obtenido un perfil logopédico del paciente, en el cual se puede observar que los aspectos referentes a la forma y uso del lenguaje se encuentran afectados. Los resultados obtenidos corroboran el diagnóstico previo del sujeto de Síndrome de Asperger y hacen ver la importancia de una intervención en sintaxis, morfología y pragmática. Dentro de estos bloques hay aspectos que el sujeto ya domina, por lo que el programa de intervención se desarrollará basándose en los puntos fuertes de D.R.O, G.M, para así establecer una base sólida sobre la que asentar nuevos conocimientos.

Así mismo, se hace necesario, habiendo analizado los resultados, exponer las dificultades que este sujeto posee, al equipo académico que habitualmente interactúa con él, para que así puedan comprenderle mejor y adaptarle los contenidos y actividades propuestas, de esta manera se conseguirá un mayor avance académico de D.R.O, G.M, y una mejor integración en el centro educativo.

Sería conveniente realizar adaptaciones curriculares no significativas, relacionadas con los elementos de acceso al programa de estudios, centrándose en los aspectos metodológicos. Así mismo, sería conveniente realizar trabajos cooperativos, ya que favorecen la interacción entre los iguales y se incrementan las habilidades para el trabajo en grupo. Otro de los aspectos que se deben tener en cuenta sería la estructuración del contenido y de las actividades a realizar, ya que los sujetos con S.A. no se desenvuelven bien en entornos cambiantes.

Para finalizar, es aconsejable introducir elementos de intervención en los contenidos curriculares de las distintas áreas académicas en las que se desenvuelve el sujeto. Esto consistiría en introducir habilidades en las que D.R.O, G.M, necesita ser entrenado, al mismo tiempo que se trabajan los diferentes contenidos curriculares de cada una de las disciplinas. Por ejemplo, el área de Lengua castellana tiene un papel fundamental en el desarrollo de las habilidades comunicativas y de interacción con los iguales, así como, el área de música y arte cuentan con recursos para trabajar el desarrollo y reconocimiento de las emociones.

4. Propuesta y desarrollo de la intervención logopédica

Esta propuesta de intervención va encaminada a potenciar los diferentes aspectos del lenguaje en D.R.O, G.M, partiendo del conocimiento que ya tiene adquirido, para así sentar una base sólida donde introducir nuevos elementos de comunicación.

Los aspectos que se pretenden trabajar en este programa de intervención son la morfología, la realización de estructuras sintácticas complejas, el uso de las diferentes formas verbales de la lengua castellana, la integración del vocabulario previamente adquirido en relatos de diferentes complejidades y la realización de inferencias sobre comunicaciones visuales o habladas. Se han seleccionado estos ítems después de haber analizado los resultados obtenidos por D.R.O, G.M, ya que son imprescindibles para su futuro personal y académico.

Los objetivos generales para esta propuesta de intervención logopédica son los siguientes:

- Aumentar y mejorar el uso de las funciones del lenguaje de manera funcional significativa: referencial, emotivo, conativo y metalingüístico.
- Mejorar la espontaneidad y uso generalizado de las habilidades comunicativas.
- Interpretar correctamente las intenciones comunicativas.
- Trabajar la teoría de la mente.
- Comprender las normas y juicios sociales.
- Conocer el funcionamiento morfológico de la lengua española.
- Desarrollar las competencias comunicativas.
- Conocer y comprender las formas verbales de la lengua española.

La metodología que se va a emplear en esta intervención está basada en el aprendizaje significativo, este se construye y relaciona con los conocimientos previos de la persona, así el sujeto toma conciencia activa de su aprendizaje y le da la posibilidad de reestructurar y organizar la información previamente adquirida. Además, las actividades estarán orientadas a ser lúdicas y motivadoras.

5. Resultados de la intervención

Por causas ajenas a nosotros no hemos podido pasarle el programa de intervención completo, por lo que, se recomienda que se siga este el próximo curso escolar para afianzar los conocimientos en los que aún presenta dificultades.

Al finalizar cada sesión, hemos observado que el niño ha mostrado un gran interés en cada una de las actividades que se le han propuesto, así mismo, la participación del alumno fue plena, por lo que el desarrollo de las actividades ha sido muy gratificante.

Al haber realizado este programa de intervención junto con otro compañero, hemos conseguido que D.R.O, G.M, adquiera, gracias al trabajo continuo y pautado de cada una de las sesiones, algunos de los objetivos que nos planteamos al inicio del programa de intervención. Así mismo, hay otros objetivos que será necesario seguir trabajando con el paciente, puesto que aún no se han logrado alcanzar completamente.

6. Conclusiones

Este trabajo de fin de grado me ha permitido la interiorización de conocimientos referentes al Trastorno del Espectro Autista, más concretamente del Síndrome de Asperger, y aplicar los conocimientos teóricos a la práctica clínica.

Gracias a la implicación del colegio, en particular, de la logopeda y la tutora académica de D.R.O, G.M, he podido observar al niño en su clase ordinaria, para poder ver la relación con sus iguales, el trato con sus diferentes profesores y las adaptaciones curriculares que los profesores le aplicaban. Así mismo, el interactuar con él en el aula de logopedia, me ha permitido entender como maneja las interacciones comunicativas con su compañero de trabajo y como es capaz de trabajar y adquirir los conocimientos cuando la atención se encuentra dirigida en exclusiva a su persona.

Tras la evaluación y posterior trabajo con el niño desde principios de octubre de 2019 hasta principios de marzo de 2020, podemos afirmar que según los criterios diagnósticos del DSM – V (American Psychiatric Association, 2014), D.R.O, G.M, se encuentra en el grado 1, es decir presenta necesidad de ayuda para realizar intercambios comunicativos satisfactorios. Además, se pueden dar problemas conductuales debidos a cambios en las rutinas, alteraciones de la planificación y de la organización

prevista. Esto significa que, desde el núcleo familiar y las instituciones académicas, deben valorar sus dificultades, realizarle rutinas diarias y ejercicios adecuados para la adquisición de nuevas habilidades pragmáticas y comunicativas.

Dicho esto, me parece importante mencionar que me ha resultado muy satisfactorio y enriquecedor el unir la tutorización de las prácticas externas del último curso del grado en Logopedia con el trabajo de fin de grado. Considero que se trabaja de una forma más metódica y productiva cuando se realizan en conjunto, puesto que puedes observar al paciente diariamente, por lo que el programa de intervención es más enfocado a los intereses personales del niño, haciendo del aprendizaje algo más enriquecedor y motivante.

De cara a futuras intervenciones sería interesante realizar una intervención globalizadora, en la que cada uno de los integrantes de la comunidad educativa y sus familiares, trabajasen de manera coordinada, siendo conscientes de las dificultades y del nivel del que parte D.R.O, G.M. Además, sería importante trabajar con él, para mejorar el respeto de las normas sociales, la gestión de las emociones y el control de los impulsos, ya que presenta carencias que podrían ser agravadas por la edad.

7. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª Rev). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM -5)* (5ª edición; Médica Panamericana, ed.). Madrid.
- Ashwin, C., Wheelwright, S., y Baron-Cohen, S. (2006). Attention bias to faces in Asperger Syndrome: a pictorial emotion Stroop study. *Psychological Medicine*, 36, 835–843.
- Asperger, H. (1994). Die Autistische Psychopathen im Kindesalter. *Archiv Für Psychiatrie Und Nervenkrankheiten*, 117, 76–136.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., y Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition. MRC Cognitive Development Unit, London*, 21(1), 37–46.
- Castelli, F. (2005). Understanding emotions from standardized facial expressions in autism and normal development. *Autism*, 9, 428–449.
- Dennis, M. (1991). Frontal Lobe Function in Childhood and Adolescence: A Heuristic for Assessing Attention regulation, Executive Control and the Intentional States Important for social Discourse. *Developmental Neuropsychology*, 7, 327–358.
- Dunn, L. M., y Pereda Marín, S. (1985). *Test de vocabulario en imágenes Peabody*. Madrid: Mepsa.
- ETEL. (2018). *Funciones Ejecutivas 2* (1º). Barcelona: Ediciones Lebón, S.L.
- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Blackwell.
- Gioia, G.A., Isquith, P.K., Guy S.C. y Kenworthy, L. (2017). *BRIEF - 2. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva*. Madrid: TEA ediciones.
- Happé, F., y Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 5–25.
- Leslie, A. (1987). Pretense and representation: The Origins of “Theory of Mind”. *Psychological Review*, 94, 412–426.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., y Bishop, S. L. (2015). *ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo*. Madrid: TEA ediciones.
- Monfort, M. y Juárez Sánchez, A. (2015). *Parejas lógicas* (5º). Reeduación logopédica.
- Monfort, M. y Monfort Juárez, I. (2001). *En la mente* (2º). Madrid: entha.
- Monfort, M., y Juárez Sánchez, A. (1990). *Registro Fonológico Inducido*. Madrid: Cepe.
- Ozonoff, S., Pennington, B., y Rogers, S. (1991). Executive Function Deficits in High-Functioning Autistic Children: Relationship to Theory of Mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1081–1105.
- Puyuelo, M., Wiig, E. H., Renom, J., y Solanas, A. (1997). *Batería del Lenguaje Objetiva y Criterial (BLOC)*. Barcelona: Masson.
- Rey, L. del. (1954). *“Misión en la Luna.”*
- Riviere, Á. (2004). *IDEA: INVENTARIO DE ESPECTRO AUTISTA (FUNDEC)*.
- Rivière, A. (1997). *Inventario de Espectro Autista (IDEA)*.
- Rutter, M., Lord, A., y LeCouteur, C. (2006). *ADI-R Entrevista para el Diagnóstico del Autismo – Revisado*. TEA.
- Secord, W., Semel, E., y Wiig, E. (2018). *CELF-5. Evaluación Clínica de los Fundamentos del Lenguaje-5* (1º Edición). PEARSON.
- Semrud-Clikeman, M. (2007). *Social competence in children* (M. Springer, Boston, ed.). New York.

- Semrud-Clikeman, M., y Teeter, E. (2011). *Neuropsicología infantil. Evaluación e intervención en los trastornos neuroevolutivos* (2º). Madrid: Pearson Education, S.A.
- VV.AA. (1990). *Prueba del Lenguaje Oral de Navarra (PLON)*. Pamplona: Gobierno de Navarra Dpto. Educación y Cultura.
- Wechsler, D. (1982). *Escala de Inteligencia para Preescolar y Primaria (WIPPSI-III)*. Madrid: TEA.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Respuesta adaptativa del cerebro y tratamiento interdisciplinar en las alteraciones del lenguaje post-ictus: terapia logopédica, farmacológica y de estimulación cerebral no invasiva

Trabajo de fin de grado de Marina López – D'hondt Alabarce,
tutorizado por Miguel Ángel Barbancho Fernández,
cotutorizado por Patricia Navas Sánchez

Resumen

Objetivo: Evaluar el nivel de evidencia en la literatura respecto a la reorganización neuronal tras un ictus, a la afasia como secuela, y a las terapias aplicables y su efectividad: terapia logopédica, farmacológica y de estimulación cerebral no invasiva. **Método:** Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed y Scielo, entre los años 2005 y 2019, seleccionándose artículos en inglés (23) y en español (3). **Resultados:** De los 977 resultados encontrados en la búsqueda, se seleccionó un total de 26 artículos. La terapia logopédica intensiva combinada con otras terapias ofrece mejores resultados a largo plazo. Los fármacos más utilizados son la memantina, la bromocriptina y el piracetam. La estimulación transcraneal por corriente directa (tDCS) y la estimulación magnética transcraneal (EMT) son las más investigadas, siendo esta última la que aporta resultados más sólidos. **Conclusión:** El tratamiento logopédico con fármacos y NIBS, mejora la competencia lingüística en afasia, reduciendo los cambios neuronales maladaptativos tras la lesión. Son necesarias más investigaciones para crear guías estandarizadas de intervención que contemplen las tres terapias descritas como herramientas principales.

Palabras clave: ictus, afasia, logopedia, estimulación cerebral no invasiva, tratamiento farmacológico, rehabilitación.

Abstract

Aim: To assess the level of evidence in literature concerning neuronal reorganization following a stroke in which aphasia occurs as a consequence, as well as the different applicable therapies and their effectiveness: speech and language therapy, pharmacological therapy and non-invasive cerebral stimulation (NIBS). **Procedure:** A review of the databases PubMed and Scielo between the years 2005 and 2009, selecting the most pertinent works in English (23) and Spanish (3). **Results:** Of the 977 results, 26 papers were selected for analysis. There exist different theories which explain brain recovery following damage: of these, Intensive Speech and Language Therapy, combined with other procedures shows the best long-term results. The most frequently used drugs are memantine, piracetam and bromocriptine. TMS and tDCS are considered the most effective non-invasive brain stimulation for post-stroke aphasia. TMS is the most promising technique in this area. **Conclusion:** The employment of SLT with drugs alongside NIBS therapies provides beneficial results which improve the language function, reducing thus the effects of maladaptive neural changes; however, further research is needed to produce clinical predictions and to create standardized intervention guides focusing on the three therapies described.

Keywords: stroke, aphasia, speech and language therapy, noninvasive brain stimulation, pharmacotherapy, rehabilitation.

Introducción

Dado que el espectro de alteraciones en el ictus es tan amplio, en este trabajo se va a hacer referencia concretamente a las alteraciones del lenguaje secundarias al ictus y que forman parte del campo de actuación logopédico. El objetivo del estudio que se plantea es comprobar la efectividad y fiabilidad de la terapia farmacológica, logopédica y de estimulación cerebral no invasiva (NIBS) mediante una revisión bibliográfica de los diferentes estudios que existen en relación con el tema.

El ictus se define como un episodio de disfunción neurológica por muerte celular, consecuencia de un infarto focal cerebral, espinal o retinal, basado en: evidencias objetivas como neuroimagen; evidencia clínica de lesión isquémica focal cerebral, de la medula espinal o retina, donde los síntomas persisten pasadas 24 horas o hasta la defunción del individuo; y exclusión de otras causas (AHA/ASA, 2013).

Se trata de la principal causa de discapacidad permanente, siendo en nuestro país alrededor de 176 de cada 100.000 las personas que padecen ictus (Díaz-Guzmán et al., 2012). La cantidad de pacientes que sobreviven a este accidente cerebrovascular está aumentando de manera considerable, trayendo consigo un incremento de la carga económica y social que supone para los sistemas sanitarios y para los cuidadores o familiares (Breitenstein et al., 2017). Es por ello que la investigación sobre técnicas de estimulación cerebral no invasivas como método rehabilitación, es de general interés (Di Pino et al., 2014). Aprovechar y promover la investigación en avances tecnológicos disponibles es necesario para ofrecer una intervención que consiga abordar de manera integral las diversas alteraciones secundarias a ictus (Fisicaro et al., 2019).

La afasia puede definirse como la pérdida o alteración del complejo proceso de interpretación y formulación de los símbolos del lenguaje como consecuencia de daño cerebral adquirido que afecta a las redes de las estructuras corticales y subcorticales localizadas en el hemisferio dominante del lenguaje. Es una de las secuelas más graves tras ictus, con una prevalencia de entre el 21-38% de los pacientes que lo sufren (Berthier, 2005). Este infarto suele localizarse en la arteria cerebral media izquierda, produciendo daños en las regiones corticales y subcorticales del hemisferio izquierdo (HI) que suele ser dominante para el lenguaje y, por ello, rara vez la afasia se manifiesta por lesión en el hemisferio derecho (HD). Se trata de un trastorno adquirido del lenguaje que puede afectar a las modalidades de procesamiento lingüístico en gran parte o su totalidad. La alteración lingüística varía pudiendo verse perjudicada la fluencia, la repetición, el nivel de comprensión y el acceso al léxico. Los síntomas son muy diversos y pueden ir cambiando según la evolución del trastorno; así pacientes que en la fase aguda presentaban un tipo de afasia, podrían mostrar una afasia distinta en la fase crónica (Bucur y Papagno, 2019).

Por otro lado, las consecuencias sociales y económicas que la afasia post-ictus conlleva tienen un impacto negativo en las actividades instrumentales de la vida diaria (AVID) y en la calidad de vida de las personas que lo sufren. Estos pacientes a menudo sufren desórdenes emocionales como son la depresión y/o aislamiento social, comprometiendo su estabilidad emocional (Bucur y Papagno, 2019).

Actualmente, en la rehabilitación de la afasia, la terapia utilizada es la logopédica intensiva, que genera mejores resultados en la competencia comunicativa y lingüística que la terapia logopédica convencional, permitiendo disminuir la severidad de la afasia. Otra cuestión de estudio en relación a la efectividad de la terapia logopédica es la capacidad del paciente de extrapolar las estrategias y mejoras comunicativas a contextos comunicativos reales. Un ejemplo de este tipo de terapia intensiva es la REGIA (Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia), una terapia ecológica que tiene como objetivo focalizar el tratamiento en el lenguaje oral y la función comunicativa interpersonal (Berthier y Pulvermüller, 2011; Gerstenecker y Lazar, 2019).

Otra de las alteraciones que aborda la terapia logopédica es la disfagia, que puede definirse como el paso de alimento o secreciones con una persistente obstrucción y retención del bolo (Triggs y Pandolfino, 2019). Este trastorno, afecta aproximadamente a la mitad de los pacientes que han sufrido ictus y de los cuales, solo el 11-13%, sigue presentando disfagia tras 6 meses de evolución (González-Fernández, Ottenstein, Atanelov y Christian, 2013). Estos pacientes se enfrentan a secuelas como aspiraciones que los exponen al riesgo de padecer neumonía, malnutrición, deshidratación y, por tanto, repercutiendo gravemente en su calidad de vida (Okubo, Fábio, Domenis y Takayanagui, 2013). Debido a la extensión limitada de la revisión, únicamente se hará referencia a la alteración lingüística consecuencia de la lesión.

En cuanto a la terapia farmacológica, ésta aumenta la actividad de los neurotransmisores que se ha visto mermada por la lesión, por lo que los déficits que genera la afasia tanto en discurso espontáneo como denominación y comprensión son un campo abierto para esta intervención, que está apoyada por los fundamentos de la neurociencia cognitiva. En la presente revisión, se analizarán los tipos de fármacos utilizados en la rehabilitación de la afasia y su efectividad real en dicho campo.

Por otro lado, las NIBS, son usadas como método de monitorización y modulación de la excitabilidad cortical de la red de circuitos neuronales, cuyo fin es crear cambios favorables en la reorganización neuronal que permanezcan a largo plazo (Di Pino et al., 2014; Bucur y Papagno, 2019). En el caso de la reorganización funcional que se produce tras un ictus, mediante las pruebas de neuroimagen, es complicado discernir entre la lesión primaria y los efectos de la neuroplasticidad. Las NIBS son capaces de dar solución a las limitaciones a las que se restringen las pruebas de neuroimagen. Por otro lado, en las lesiones normalmente se ve involucrada una zona más extensa que la que se valora específicamente mediante neuroimagen, como áreas adyacentes o tractos de fibras que atraviesan la región lesionada (Burke, Fried and Pascual – Leone, 2019).

Metodológicamente, se puede distinguir entre estimulación activa y estimulación sham; produciendo efectos reales (grupo experimental), o si se usa como placebo (grupo control) para comparar resultados. La diferencia es que se administra durante aproximadamente 30s, únicamente para producir la misma sensación cutánea que en la estimulación activa (Montenegro, Álvarez – Montesinos, Estudillo y García – Orza, 2017).

Estimulación magnética transcraneal

La estimulación magnética transcraneal (EMT) es una técnica neurofisiológica, basada en inducción electromagnética. Se trata de una técnica segura, bien tolerada y no invasiva, que ofrece un amplio campo de aplicaciones y que la convierte en un medio útil para estudiar la función de las diversas áreas cerebrales y las interrelaciones que se establecen entre las redes neuronales. La conexión que tiene lugar entre las regiones corticales y subcorticales permite que produzca efectos neuromoduladores en zonas cerebrales y troncoencefálicas profundas. Su aplicación permite generar lesiones “virtuales” que interrumpen de manera transitoria la función del área donde se induce el campo electromagnético. Además, la combinación con pruebas de neuroimagen como la tomografía por emisión de positrones (PET) o resonancia magnética funcional (RMNf) constituye un nuevo método para el estudio de la anatomía cerebral en vivo. También puede combinarse con otras modalidades como el electroencefalograma (EEG) que aporta información simultánea a tiempo real, apoyando las observaciones comportamentales y permitiendo establecer una relación causal de patrones de interacción entre diferentes regiones cerebrales dentro de la misma red neuronal.

Esta técnica, basada en los principios de inducción electromagnética, presenta el siguiente mecanismo de funcionamiento: una corriente eléctrica pasa a través de una bobina de hilo de cobre envuelta en una cubierta de plástico, que se sitúa sobre la cabeza del individuo, produciendo rápidos y breves pulsos eléctricos que generan un fuerte campo electromagnético capaz de despolarizar neuronas, modificando la excitabilidad cortical (Pascual-Leone y Tormos-Muñoz, 2008; Burke, Fried and Pascual – Leone, 2019).

Estimulación transcraneal por corriente directa (tDCS)

La tDCS se define como una técnica de estimulación eléctrica cerebral que también actúa como neuromodulador de los potenciales de membrana. Para su utilización se colocan dos electrodos de tamaño variable ($20 - 35 \text{ [cm]}^2$) en el cuero cabelludo del paciente, encargados de distribuir polarizaciones débiles de corriente directa en el córtex ($0.5 - 2 \text{ mA}$), modificando así el umbral de excitabilidad cortical. El efecto depende del tipo de polaridad: la estimulación anódica incrementa la excitabilidad de la red neuronal, mientras que la estimulación catódica la disminuye. Además, es una herramienta electrofisiológica poco costosa, de pequeño tamaño y fácil de manejar y transportar. Terapéuticamente, esta técnica puede usarse en sesiones de entre 10 y 30 minutos, pudiendo producir cambios que duran entre 30 a 120 minutos. Si las sesiones de estimulación son continuas, los efectos podrían prolongarse hasta más de 6 meses (Kubis, 2016; Montenegro et al., 2017).

En cuanto al mecanismo de actuación, una de las principales limitaciones de esta técnica es que, debido al tamaño de los electrodos, la conducción eléctrica y a la topografía cerebral, la acción es difusa; ya que no solo actúa sobre la zona objetivo a estimular, sino también en áreas adyacentes. Otra limitación que resaltar son los efectos secundarios derivados de la aplicación de las descargas sobre la superficie cutánea que también están presentes en la EMT, como son el dolor de cabeza, malestar y sensación de quemazón del cuero cabelludo (Montenegro et al., 2017; Bucur y Papagno, 2019).

Metodología

Fuentes documentales. Búsqueda bibliográfica

Han sido utilizadas dos bases de datos para recopilar información referente al tema en cuestión: PubMed y SciELO. El perfil de búsqueda para este trabajo han sido estudios de investigación enfocados en el ictus y la respuesta adaptativa del cerebro ante el daño, el tratamiento en afasia post-ictus tanto logopédico como farmacológico y mediante el uso de NIBS, concretamente tDCS y EMTr. Las palabras clave fueron: “post-stroke aphasia”, “language”, “Plasticity”, “Maladaptive plasticity”, “transcranial magnetic stimulation (TMS)”, “Direct current electrical stimulation (tDCS)”, “Non-invasive Brain Stimulation (NIBS)”, “Speech Therapy”, “Pharmacological treatment”.

Criterios de selección y exclusión

Para realizar este proceso de preselección, selección y exclusión de los artículos se han utilizado los criterios CASPe, una herramienta orientativa para el análisis de revisiones sistemáticas. De los 977 estudios iniciales, se han seleccionado estudios de investigación, experimentales y de revisión. Los estudios que han sido incluidos en este trabajo tienen como fecha desde 2005 hasta 2019. Algunos de estos ellos están publicados en español (3), el resto, en inglés (23). Inicialmente, se contempló incluir la disfagia como repercusión; sin embargo, se descartó por la limitada extensión del trabajo. Los estudios que se han decidido no incluir estaban enfocados en las NIBS como rehabilitación de la función motora tras accidente isquémico o que no hacían especial referencia a las funciones comunicativa y lingüística.

Resultados

Respuestas adaptativas del cerebro

La plasticidad neuronal tras una lesión como es el ictus, hoy día sigue siendo objeto de estudio en cuanto a la interpretación de las reacciones que tiene el cerebro ante el daño neuronal. Se sabe que los pacientes experimentan una mejoría espontánea durante los 3 primeros meses de evolución, que se vuelve más lenta durante el resto del primer año. La disminución del edema y la reperfusión parcial posibilitan que se produzca este fenómeno. Por otro lado, la evolución de las siguientes semanas parece ser consecuencia de la reorganización cortical y el desarrollo plástico en las áreas isquémicas y en las circundantes. Además, debido al impacto de la lesión, se produce lo que se conoce como disquiasis; es decir, áreas que anatómicamente están alejadas pero cuya red neuronal está conectada con la zona de la lesión, también se ven perjudicadas indirectamente (Kubis, 2016). El daño neurológico consecuencia del ictus, produce modificaciones a nivel celular y, por tanto, en las redes neurales implicadas en el área lesionada. Existen diferentes modelos teóricos que han intentado interpretar cómo reacciona el cerebro para compensar los daños secundarios a ictus.

The vicariation model considera que el hemisferio sano asume las funciones perdidas de las áreas dañadas, contribuyendo así a la recuperación de la lesión tras un ictus. De acuerdo con el modelo de competición interhemisférica, existe inhibición mutua entre ambos hemisferios, la lesión desequilibra este circuito y, esta perturbación del equilibrio trae como consecuencia la reducción de la actividad inhibitoria que el hemisferio lesionado ejerce sobre el sano. El hemisferio contralateral, continúa ejerciendo actividad inhibitoria hacia el hemisferio lesionado; contribuyendo a empeorar el déficit neuronal: el área ipsilateral se encuentra doblemente alterada por el ictus en sí mismo y por el exceso de actividad inhibitoria. Este patrón de desequilibrio interhemisférico es observable desde la primera semana tras el ictus (Kubis, 2016; Físicaro et al., 2019).

Hallazgos en diversos estudios obtenidos mediante pruebas de neuroimagen, como la magnetoencefalografía (MEG) que analiza los potenciales relacionados con eventos, muestran patrones de hiperactividad patológica en las áreas perilesionales del HD, en pacientes con afasia postictus. También a través de PET y RMNf se detecta actividad anormal en tareas lingüísticas. La señal compensatoria de hiperactividad que se produce por parte del hemisferio sano aporta autonomía al área lesionada, pero también contribuye a crear un patrón anormal de actividad. El aumento de actividad del HD tras daño cerebral es considerado como un mecanismo maladaptativo que obstaculiza la recuperación de la función lingüística, ya que merma la actividad residual de las áreas no afectadas del HI (Takeuchi e Izumi, 2012; Barbancho et al. 2015).

Por otro lado, existe un modelo más reciente llamado bimodal balance recovery que trata de justificar el comportamiento del cerebro ante la lesión integrando ambos modelos explicativos anteriores y en el que, dependiendo del estado de las redes neuronales y la extensión del daño, se le da más peso a uno que a otro. Para ello, introduce el concepto de reserva estructural: la integridad de las vías neuronales no dañadas contribuye a la restauración de las áreas afectadas. De esta manera, cuando la

reserva estructural es alta, la restauración neuronal se explicaría mejor mediante el modelo de competición interhemisférica que por el indirecto, y viceversa (Fiscaro et al., 2019).

Como es de suponer, la neuroplasticidad a niveles cortical y subcortical en las redes lingüísticas juegan un papel esencial en la recuperación de la afasia. Según Li, Qu, Yuan y Du (2015), la puesta en marcha de los patrones de activación de las redes neuronales, se concentra en el hemisferio no dominante para el lenguaje antes del tratamiento. Sin embargo, esta situación se ve completamente revertida tras el mismo, demostrándose en grupos experimentales que la activación neuronal se observa en el HI.

La recuperación de esta alteración está asociada con la reestructuración del balance de activación interhemisférica. En la afasia aguda el cerebro es capaz de emplear mecanismos para reorganizarse como respuesta adaptativa; no obstante, este patrón de actividad puede variar de un paciente a otro. En algunos casos, esta estrategia de compensación se desencadena automáticamente, permitiendo que la función neuronal se restituya en las primeras semanas o meses tras el ictus. Sin embargo, en otros casos en los que la recuperación no es automática ni completa, el mecanismo se desencadenará a largo plazo de manera espontánea o en respuesta a terapia logopédica y farmacológica (Berthier, 2005; Bucur y Papagno, 2019).

Watila y Balarabe (2015) demuestran que la recuperación de la afasia depende de diversas variables como el lugar y extensión de la lesión, el tipo de afasia y la severidad, la respuesta hemodinámica espontánea, el tipo de tratamiento, el intervalo entre el momento en que se detecta y en que se aplica la terapia logopédica, factores ambientales externos, etc. En un estudio que clasifica los tipos de afasia mediante la batería WAB (Bakheit, Shaw, Carrington y Griffiths, 2007), durante 24 semanas se realizó un estudio de seguimiento en el que se incluyeron 19 pacientes con afasia de Broca, 9 con afasia de Wernike, 14 afasias globales, 15 afasias anómicas y 4 afasias de conducción; que permitió concluir que, aunque todos los pacientes experimentaron una progresión positiva: las personas con afasia de Broca presentaban un mayor rendimiento en las sesiones que aquellos con afasias anómicas o de conducción; y en la semana 24, los pacientes con afasia de Wernike presentaban una mayor evolución que los pacientes con afasias anómicas, globales o de conducción. Ritcher et al. (2008), apuntan que las personas afásicas cuyo HD sufre un incremento de actividad como mecanismo de compensación, son buenas candidatas para realizar terapia logopédica intensiva (Constraint – induced aphasia therapy; CIAT).

Y es esta forma de tratamiento, la terapia logopédica, la más extendida para la recuperación de la afasia. Aunque la recuperación depende del grado de severidad de la afasia, se ha demostrado su eficacia, al menos parcialmente, en cualquier punto de la evolución de la misma, siempre y cuando la terapia sea constante. En un estudio realizado por Stahl et. al (2017), se encontraron resultados significativos en cuanto a la eficacia de la terapia logopédica aplicada de manera intensiva incluso en las primeras dos semanas de tratamiento. Actualmente, existe la necesidad de aumentar los recursos clínicos, ya que desgraciadamente, siguen existiendo muchos pacientes no reciben la cantidad recomendada de tratamiento (Bucur y Papagno, 2019).

Terapia logopédica en afasia post ictus

La terapia logopédica como terapia para acelerar el proceso de recuperación del lenguaje tras ictus, ha sido evaluada por numerosos estudios que comprueban su efectividad. En concreto, un estudio de revisión realizado por Brady, Kelly, Godwin, Enderby y Campbell (2016), que engloba 57 estudios experimentales aleatorizados, y que cuenta con 3002 pacientes, presenta esta terapia como un tratamiento efectivo, ya que ofrece resultados clínicos significativamente beneficiosos. En especial, la función comunicativa experimenta una mejoría en escritura, lectura y lenguaje expresivo. Estudios que comparan la efectividad en cuanto a la metodología implementada, concluyen que la terapia logopédica intensiva, supone una mayor ayuda en cuanto al uso de la función lingüística y la reducción de la severidad de la afasia en contraposición a la terapia logopédica tradicional.

Otra cuestión de estudio en relación a la efectividad de la terapia logopédica es la capacidad de generalización del contenido trabajado en las sesiones a la vida diaria del paciente para poder hablar de uso funcional del lenguaje. Se han encontrado indicios de que, durante el proceso de intervención, se produce un incremento de acceso al léxico; no obstante, el tamaño de la muestra de palabras obtenido fuera del contexto terapéutico sin tener en cuenta parafrasis semánticas y fonológicas formales, fue menor (Winsenburn y Mahoney, 2009). Según Kendall, Oelke, Brookshire y Nadeau (2015), la terapia de secuencia fonológica y la terapia semántica en concreto, parecen ser técnicas que potencian la generalización (Gerstenecker y Lazar, 2019).

Entre 2001 y 2011, Pulvermüller, Berthier, et al., realizaron 14 ensayos clínicos en grupos, series de casos y casos clínicos con el fin de realizar un programa terapéutico para las personas afectadas por afasia tras ictus. Proponen la primera adaptación de la CIAT, una variante de la ILAT (Intensive Language-Action Therapy), que anima a pacientes con afasia post ictus a practicar la comunicación lingüística mediante acciones, a través de juegos lingüísticos terapéuticos.

Un ejemplo de ello es la REGIA (Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia), una terapia intensiva y ecológica que se lleva a cabo en contextos comunicativos reales y tiene como objetivo focalizar el tratamiento en el lenguaje oral. Los principios neurocientíficos en los que se basa la REGIA son el de la práctica intensiva, que favorece mayores cambios plásticos en el cerebro; y el de la relevancia conductual y comunicativa, pues la comunicación interpersonal es de mayor relevancia y efectividad que la terapia logopédica individual.

Este tratamiento tiene una duración de entre 30 y 35 horas en 10 días, estableciendo un tratamiento de 3 horas diarias. A modo de juego de cartas grupal, esta terapia sigue una dinámica de interacción en la que los pacientes se ven forzados a usar el lenguaje para participar en el juego, en el que tendrán que intercambiar y emparejar imágenes, cumpliendo unas normas comunicativas y teniendo como única restricción la comunicación no oral, es decir, gestual. El material de esta estrategia de intervención se compone de 617 láminas agrupadas por categorías que se distribuyen a los pacientes. Además, cuenta con 4 niveles de creciente dificultad que se adaptan a la severidad de la afasia, formando grupos de interacción de 3 o 4 personas que comparten alteraciones comunicativas de similar gravedad, y que se irán administrando con un aumento progresivo en la dificultad. La terapia busca rehabilitar la función lingüística mediante la corrección gramatical, el uso de nombres adecuados, el respeto de los turnos de comunicación y la utilización de un lenguaje convencional y útil para el paciente.

Este tratamiento se realiza por logopedas y coterapeutas cualificados y entrenados para su ejecución. Está comprobado que los beneficios de este tratamiento perduran en el tiempo durante al menos 6 meses de manera estable. Las ventajas de la REGIA es que favorece una interacción social con otras personas con alteraciones similares; promueve una comunicación fácilmente extrapolable a situaciones de la vida diaria; es más intensiva y ecológica; y son menos los costes que genera, económicos, humanos y reducción del tiempo empleado.

Gracias a este tratamiento, mejoraron significativamente las puntuaciones de las alteraciones estudiadas, no solo de la afasia, sino también de la depresión. Además, se encontraron beneficios adicionales en medidas secundarias de eficacia: fluencia, comprensión, denominación y aprendizaje, que son dimensiones necesarias durante la comunicación lingüística.

Estos estudios por tanto demuestran que, las terapias intensivas del lenguaje promueven la mejora de las habilidades lingüísticas y de las funciones cognitivas relacionadas, mencionadas anteriormente, favoreciendo la plasticidad estructural, resultado del aprendizaje. Estos cambios funcionales, fortalecen los circuitos del lenguaje de las áreas dañadas del córtex perilesional izquierdo, incorporando material neuronal adicional en las áreas relacionadas con el lenguaje del hemisferio no dominante (Pulvermüller et al. 2005).

Posiblemente, la combinación de la terapia logopédica intensiva como la CIAT y el tratamiento farmacológico, sean tratamientos sinérgicos que ofrezcan resultados positivos en la acción comunicativa; constituyendo, probablemente la mejor estrategia terapéutica capaz de reducir los déficits lingüísticos en alteraciones secundarias a ictus. Ha sido a lo largo de esta última década cuando se han obtenido avances sobre el tratamiento de la afasia crónica post-ictus; sin embargo, son necesarios más estudios que indaguen más acerca de la eficacia de estas nuevas técnicas de neurorehabilitación, para conocer con exactitud los beneficios y limitaciones que ofrecen y cómo sacar el mayor potencial posible de dichas técnicas (Berthier y Pulvermüller, 2011).

Terapia farmacológica en afasias post-ictus

En pacientes que sufren ictus, se desencadenan importantes cambios neuronales en áreas perilesionales y áreas distales, hallazgos obtenidos mediante técnicas de neuroimagen, apoyan este hecho. El tratamiento farmacológico ha permitido realizar avances con objetivo de regular la actividad del córtex, especialmente en el espacio perilesional, a través de la modulación de los neurotransmisores. De esta manera, se podría restituir el desequilibrio inhibitorio que se produce como consecuencia de la lesión.

Algunos neurotransmisores como los colinérgicos, dopaminérgicos, la serotonina y la noradrenalina, actúan en áreas específicas en ganglios basales y córtex cerebral, y apuntan a ser objetivos de los nuevos tratamientos para paliar los efectos del ictus (Berthier y Pulvermüller, 2011).

Tratamiento interdisciplinar. Efecto de la combinación con terapia logopédica

Según una revisión realizada por Berthier (2005), investigaciones con grupos placebo y experimental donde se administraba pequeñas dosis de levodopa a los sujetos justo antes de comenzar la terapia logopédica, demuestran que mejora la fluencia verbal y la repetición en pacientes con afasia post ictus aguda sin encontrarse efectos secundarios asociados a esta terapia.

Se han realizado también estudios controlados que examinan los efectos de la terapia logopédica en conjunto con el piracetam, un derivado del GABA. La actuación combinada de ambas terapias produjo mejoras en la función lingüística de los pacientes que la recibieron, en comparación con el grupo placebo, mostrando resultados significativos en Token Test y otras pruebas que evalúan escritura, denominación, comprensión, habla espontánea y función comunicativa. Por lo que el piracetam, parece ser un fármaco potencialmente efectivo en el tratamiento de las afasias postictus; sin embargo, existen pocos estudios que confirmen la eficacia del mismo.

Otros fármacos como la bromocriptina, receptor agonista post-sináptico de dopamina, han sido estudiados como tratamiento de apoyo a la terapia logopédica. Parece ser que, fomenta resultados satisfactorios en pacientes con afasias no fluentes en el inicio del discurso y denominación. Por lo que se entiende que estos beneficios serían resultado de una mejora del fluido dopaminérgico mesocortical. No obstante, en afasias de tipo Broca y severas, no se tiene constancia de que este fármaco tenga eficacia. Actualmente, la optimización de los resultados que los fármacos dopaminérgicos puedan efectuar en esta área, sigue en desarrollo (Berthier, 2005).

Un estudio realizado por Barbancho et al. (2015), en el que se usaron potenciales relacionados con eventos (ERP) para registrar los cambios neurolingüísticos, se enfoca en la observación de la reorganización bilateral, mediante la administración de memantina, y CIAT en pacientes con afasia crónica post ictus. Los resultados indicaron que, antes de administrar el fármaco, en la evaluación inicial, los pacientes a los que se administró memantina, mostraron un incremento de la actividad cerebral en comparación al grupo placebo. En la semana 16, en ambos grupos se observó una disminución de la actividad cerebral, hecho relacionado con la mejora de los sujetos afásicos tratados con el fármaco. La administración de CIAT durante dos semanas, combinando ambas terapias, permitió observar en la semana 18 un incremento de la actividad cerebral en ambos grupos y una mejoría en la función lingüística en ambos grupos, sobre todo en el experimental. El patrón de actividad y las repercusiones de la afasia se mantuvieron estables durante las dos semanas siguientes, hasta que finalizó la terapia logopédica. Estos resultados fueron registrados en ambos hemisferios, hallazgo que apoya la hipótesis de que la memantina aplicada tanto independientemente como combinada con terapia logopédica, contribuye a la reorganización bilateral de las redes neuronales lingüísticas. Otro dato encontrado, fue que la terapia logopédica aplicada en el grupo placebo, también genera cambios bilaterales y beneficios significativos. Ambos grupos presentaron una mejoría con respecto al nivel inicial mantenidos a largo plazo.

La memantina, bloquearía los receptores de glutamato, el principal neurotransmisor excitatorio del cerebro, actuando como un reductor de actividad cortical, hecho reflejado en los ERP registrados. Esta reducción de la actividad está relacionada con la mejora de la función lingüística de los pacientes, registrada mediante el Token Test, concretamente, en tareas de decisión léxica (Berthier et al., 2009; Barbancho et al., 2015).

Estimulación cerebral no invasiva como rehabilitación de las afasias post-ictus

En los últimos 10 años, NIBS han sido objeto de investigación en su papel como tratamiento para las afasias como secuela post-ictus. Sin embargo, pocos estudios reflejan los efectos de este tratamiento a largo plazo, lo que es crucial para asegurar no solo la eficacia sino también la seguridad. Estas terapias adicionales, han sido aplicadas con objetivo de modificar la excitabilidad cortical y así mejorar la reorganización de las redes neuronales (Bucur y Papagno, 2019).

Los protocolos de rehabilitación más implementados en este tipo de afasia principalmente son la EMT repetitiva (EMTr) y la tDCS. Ambas técnicas son capaces de excitar o inhibir las conexiones neuronales dependiendo del parámetro de estimulación (Bucur y Papagno, 2019).

Paradigmas de estimulación magnética transcraneal repetitiva como rehabilitación de la afasia tras ictus. Alta y baja frecuencia.

La EMTr es un paradigma específico de estimulación en el que se administran secuencias de estímulos consecutivos en la misma región cortical, a diferentes frecuencias e intervalos. A frecuencias bajas, se induce un estímulo por segundo o menos produciendo inhibición; en cambio, a frecuencias

altas, son 20 o más estímulos por segundo, produciendo excitación. Ya que ejerce un efecto modulador distinto sobre la excitabilidad cortical, la distinción de ambas es importante en cuanto a la seguridad de aplicación.

Un estudio de metaanálisis reciente, afirma encontrar efectos positivos de la EMTr, tanto a baja como a alta frecuencia, como método rehabilitador en afasia aguda y crónica tras ictus. Bucur y Papagno (2019), confirman la eficacia de la EMTr en tareas de denominación, tras observar que estos efectos positivos se mantienen en el tiempo a largo plazo. Por otro lado, en un estudio previo realizado por Otal, Olma, Flöel y Wellwood (2015), se encontraron efectos positivos en cuanto a la precisión en tareas de denominación tras haber inducido EMTr a baja frecuencia sobre el gyrus frontal inferior contralateral. Ren et al. (2014) apoyan estos hallazgos, encontrando además efectos positivos de la terapia en tareas de repetición, comprensión y escritura. No obstante, Li et al. (2015), aunque encuentran resultados significativos en tareas de denominación, difieren con respecto al estudio anterior, ya que los resultados encontrados para tareas de repetición y comprensión no son significativos. El área de aplicación de EMTr a baja frecuencia en este estudio, se restringió aún más que en los anteriores, induciéndose únicamente en la Pars Triangularis. La aplicación de EMTr a baja frecuencia en esta región parece reducir el impacto negativo en los centros primarios del lenguaje, lo que aceleraría la recuperación. En cuanto a la seguridad, afirman no haber encontrado ningún acontecimiento adverso durante la aplicación terapéutica.

En contraste, Waldowski et al. (2012), no encontraron diferencias significativas entre los grupos control y experimental, pudiendo explicarse debido a que este estudio no se focalizó solo en la Pars Triangularis, sino también en la Pars Opercularis. Esta área está parcialmente asociada al córtex temporo-parietal y al área premotora a través del fascículo longitudinal superior, próximo a los centros primarios del lenguaje lesionados, por lo que se incrementa la actividad en este circuito bilateral. La hiperactividad de la Pars Triangularis, impide este contacto, por lo que aplicar EMTr a baja frecuencia en esta región, significa facilitar este contacto bilateral (Li et al., 2015).

En definitiva, la evidencia parece apoyar no solo la efectividad y seguridad de la EMTr a baja frecuencia inducida sobre el hemisferio sano en tareas de denominación, sino también como método facilitador en la reorganización de las redes lingüísticas (Li et al., 2015; Fiscaro et al., 2019).

Aplicación de tDCS en afasias post ictus

A través de la bibliografía revisada, Gerstenecker y Lazar (2019), concluyen que todas las investigaciones aportan resultados significativos; sin embargo, existe una gran variabilidad en cuanto al nivel de efectividad. La principal limitación, es la escasa cantidad de estudios dirigidos a la investigación de los efectos a largo plazo que puedan confirmar los parámetros exactos de aplicación.

Según un metaanálisis realizado por Montenegro et al. (2017), se contabilizan mejoras en tareas de denominación y en tareas de repetición o lectura de palabras, en la fase crónica de la afasia, tanto en afasia fluente como no fluente; siendo las afasias de menor gravedad las más beneficiadas de esta terapia.

Por otro lado, Bucur y Papagno (2019), encuentran únicamente dos estudios enfocados en la eficacia de esta técnica durante la etapa subaguda de la afasia (Polanowska et al., 2013; Spielmann et al., 2018), y ninguna de las dos investigaciones aportan datos significativos en cuanto a los resultados en competencia lingüística entre los grupos control y experimental. Según la bibliografía, es complicado aún determinar si la falta de efectos significativos se debe a que no existe un efecto real o a que este pasa desapercibido debido a la escasa cantidad de estudios se enfocan en esta cuestión.

Comparación EMTr y tDCS

Otal et al. (2015) y Shah-Basak et al. (2016), revelan que la EMTr ofrece mejores resultados en comparación con la tDCS; Bucur y Papagno (2019), comparan la eficacia a largo plazo de estas técnicas para comprobar si los efectos que proveen estas técnicas difieren significativamente, y si existen alternativas válidas que mejoren la terapia en afasias combinando tratamiento logopédico con EMTr o con tDCS. Encuentran que los hallazgos sobre la efectividad a largo plazo generada por la EMTr, tanto en las fases subagudas como crónicas, son moderados, pero aportan mayor fiabilidad que los resultados que aparentemente muestra la tDCS, únicamente observables en la afasia de tipo crónica.

La EMT contribuye a comprender mejor las funciones cerebrales y las relaciones entre el cerebro y el comportamiento. Su uso e investigación se encuentra en auge y se ha convertido en una prometedora y avanzada técnica para numerosas alteraciones neurológicas y psiquiátricas que hasta el momento tenían limitadas opciones terapéuticas.

Según afirman Wortman-Jutt y Edwards (2017), el número de estudios de revisión bibliográfica sobre la EMTr y la tDCS y la literatura sobre la afasia, es desproporcionadamente grande en relación al número de estudios experimentales sobre el tema. Teniendo en cuenta la cantidad de tiempo y energía que investigadores, pacientes y cuidadores invierten en este tipo de estudios experimentales, este hallazgo no solo revela el enorme interés que existe sobre esta cuestión, sino también la dificultad que implica llevar a cabo dichos experimentos debido a la gran variabilidad clínica que caracteriza a las personas afásicas, especialmente en cuanto al tipo de lesión y a la presentación clínica; debido a la ausencia de datos sólidos que permitan hacer predicciones acerca de la efectividad clínica y a la falta de guías estandarizadas y recomendaciones de uso que establezcan parámetros como el área de estimulación, la intensidad, frecuencia, polaridad, duración, el uso como monoterapia o terapia complementaria, etc. (Bucur y Papagno, 2019).

Conocer la eficacia que esta técnica provee también es necesario para entender mejor el grado de variabilidad individual frente a los efectos reales y efecto placebo. Existen referencias escasas de estudios de investigación sobre EMT enfocados en controlar dicha variable, que tratan de emplear estrategias para desarrollar estudios óptimos con grupos experimental y control. Para futuras investigaciones también sería de utilidad que investigaciones experimentales con animales como la EMT microcoil y la NI D-B S, pudieran extrapolarse y reproducirse en humanos. Estos y otros avances deberían acelerar el desarrollo de investigaciones en biomarcadores y tratamientos clínicos (Burke et al., 2019).

Tratamiento interdisciplinar. Eficacia de la combinación de NIBS con terapia logopédica.

En un estudio de revisión, Gerstenecker y Lazar (2019), encontraron evidencias de los beneficios que se obtienen de la combinación de la EMTr a baja frecuencia sobre el gyrus frontal inferior del HD y terapia logopédica en tres estudios distintos (Barwood et al., 2012; Medina et al., 2012; Thiel et al., 2013). Los resultados, muestran que entre el 20 y 30% de los pacientes, experimentan una mejora en tareas verbales, como denominación y descripción de láminas, con respecto al nivel de rendimiento al inicio de la intervención en el transcurso de 6 a 10 meses.

Según un estudio de caso (Zhang et al., 2017) en el que se administró a una paciente con afasia de conducción una terapia de intervención compuesta por EMTr y tratamiento logopédico, se encontraron resultados significativos, medidos por la batería Western (WAB), que mejoraron la competencia lingüística de la paciente tras dos semanas de tratamiento e, incluso, se mantuvieron en la evaluación realizada 2 meses y medio después. El tratamiento logopédico recibido se inició un mes después de haber sufrido un ictus y se administró durante dos meses, presentando una mejoría notable en las habilidades lingüísticas. Esta intervención, llevada a cabo por un logopeda, se programó acorde a la severidad de la alteración y a partir de la evaluación en la que se incluían tareas de habla espontánea y registro fonético-fonológico. Las sesiones tuvieron una duración de 30 minutos diarios, recibidas 5 días en semana. Sin embargo, durante el tercer y cuarto mes, no experimentó ninguna mejoría, por lo que, en el quinto mes de terapia logopédica, se comienza a administrar la EMTr inmediatamente después de cada sesión. La estimulación inducida fue de 5Hz durante 20 minutos diarios durante 10 días, en el área de Broca del HI. Para comparar los cambios funcionales y estructurales antes y después del tratamiento, se utilizaron técnicas de neuroimagen (fMRI), que demostraron un patrón de actividad más evidente y una significativa activación en el HI dominante para el lenguaje, especialmente en las áreas perilesionales.

Como conclusión, la combinación de ambos tratamientos produjo una mejoría en las habilidades lingüísticas en esta paciente con afasia de conducción y generó cambios en la activación de los patrones lingüísticos, reduciendo el reclutamiento ineficiente de otras áreas del cerebro debidas a la reorganización neuronal y los cambios sinápticos plásticos.

En cuanto a la tDCS, Montenegro et al. (2017), encuentran que los estudios de investigación que combinan tDCS con tratamiento logopédico convencional, aseguran efectividad en los resultados; sin embargo, esta técnica nunca debe usarse como rehabilitación alternativa a la terapia logopédica, sino como tratamiento auxiliar y potenciador de las redes neurales que permitan que el cerebro sea más receptivo a la terapia.

Conclusión

Las diferentes teorías descritas, coinciden en que la plasticidad cerebral juega un papel importante en la reorganización cerebral, aunque ocasiona cambios neuronales maladaptativos. La mayoría de los estudios analizados, indican que la terapia logopédica intensiva es el tratamiento conductual más utilizado en la rehabilitación de la afasia postictus, y que la combinación de esta con fármacos y

terapias de NIBS, genera efectos beneficiosos en la comunicación oral de los pacientes. Sin embargo, no existe consenso aún en cuanto a la técnica de estimulación cerebral más idónea para el tratamiento de las afasias, EMT o tDCS, siendo la primera la que mejores resultados ofrece. Puntualizar, además, que es necesaria una actuación interdisciplinar, pues tanto la terapia farmacológica como la terapia de NIBS, únicamente tendrán efectos beneficiosos si se administran paralelamente al tratamiento logopédico, así como este solo podrá garantizar resultados a largo plazo en combinación a los dos primeros. Es por eso que aún son necesarias más investigaciones experimentales multicéntricas que aporten datos más sólidos y generalizables con el fin de crear protocolos y guías estandarizadas de uso que engloben las terapias de manera combinada como un programa de intervención conjunto.

Referencias

- Barbancho M.A, Berthier M.L., Navas – Sánchez P., Dávila G., Green-Heredia C., Garcia – Alberca J.M., Ruiz – Cruces R., López – González M.V., Dawid – Milner M.S., Pulvermüller F., Lara J.P. (2015). Bilateral brain reorganization with memantine and constraint – induced aphasia therapy in chronic post-stroke: An ERP study. *Brain & Language*, 145 – 146 (1- 10).
- Berthier, M.L., Green, C., Lara, J.P., Higuera, C., Barbancho, M.A., Dávila, G., and Pulvermüller, F. (2009). Memantine and Constraint-Induced Aphasia Therapy in Chronic Poststroke Aphasia. *Ann Neurol*, 65, 5 (577 – 585).
- Berthier, M.L. and Pulvermüller, F. (2011) Neuroscience insights improve neurorehabilitation of post-stroke aphasia. *Nat. Rev. Neurol* 7 (86-97)
- Berthier ML. (2005). Poststroke aphasia: epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drugs Aging*, 22 (163–182)
- Breitenstein C., Grewe T., Flöel A., Ziegler W., Springer L., Martus P., Hüber W., Willmes K., Ringelstein E.B., Haeusler K.G., Abel S., Glindemann R., Domahs F., Regenbrecht F., Schlenck K.J., Thomas M., Obrig H., de Langen E., Rocker R., Wigbers F., Rühmkorf C., Hempen I., List J. y Baumgaertner A. Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting (2017) *Lancet* 389 (1528-1538)
- Bucur M., Papagno C. (2019) Are transcranial brain stimulation effects long-lasting in post-stroke aphasia? A comparative systematic review and meta-analysis on naming performance. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 102 (264 – 289)
- Burke M.J., Fried P.J., Pascual – Leone A. (2019) Transcranial magnetic stimulation: Neurophysiological and clinical applications. *Handb Clin Neurol*. 163 (73 – 92).
- G., Pellegrino G., Assenza G., Capone F., Ferreri F., Formica D., Ranieri F., Tombini M., Ziemann U., Di Lazzaro R., Di Lazzaro V. (2014). Modulation of brain plasticity in stroke: a novel model for neurorehabilitation. *Nat Rev Neurol* 10 (597 – 608)
- Fisicaro. F., Lanza. G., Grasso. A.A., Pennisi. G., Bella. R., Paulus. W., Pennisi. M. (2019). Repetitive transcranial magnetic stimulation in stroke rehabilitation: review of the current evidence and pitfalls. *Ther Adv Neurol Disord*. 12 (1 – 22).
- Gerstenecker, A. and Lazar, R.M. (2019). Language recovery following stroke. *The Clinical Neuropsychologist*, 928-947.
- González-Fernández M., Ottenstein L., Atanelov L. y Christian A.B. (2013). Dysphagia after stroke: an overview. *Curr Phys Med Rehabil Rep* 2 (187-196).
- Hartwigsen G. (2016). Adaptive Plasticity in the Healthy Language Network: Implications for Language Recovery after stroke. *Neural Plasticity*, 2016.
- Kubis N. (2016). Non – invasive Brain Stimulation to Enhance Post – Stroke Recovery. *Front. Neural Circuits*.
- Li, Y., Qu, Y., Yuan, M. and Du, T. (2015). Low – Frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for patients with Aphasia after Stroke: A meta-analysis. *J Rehabil Med*, 47 (675 – 681).
- Montenegro IR, Álvarez-Montesinos JA, Estudillo AJ, García-Orza J. Estimulación eléctrica por corriente continua en el tratamiento de la afasia. (2017). *Rev Neurol*, 65: 553-62.
- P.C.M.I. Okubo, S.R.C. Fábio, D.R. Domenis and O.M. Takayanagui. (2012). Using the National Institute of Health Stroke Scale to Predict Dysphagia in Acute Ischemic Stroke. *Cerebrovasc Dis* 33 (501-507).
- Pascual-Leone, A., Tormos-Muñoz, J.M. (2008). Estimulación Magnética Transcraneal: fundamentos y potencial de la modulación de redes neurales específicas. *Rev Neurol*; 46 (3-10)

- Polanowska, K.E., Leśniak, M., Seniów, J.B., Członkowska, A., 2013. No effects of anodal transcranial direct stimulation on language abilities in early rehabilitation of poststroke aphasic patients. *Neurol. Neurochir. Pol.* 47, 414–422.
- Pulvermüller, F., Hauk, O., Zohsel, K., Neininger, B., & Mohr, B. (2005). Therapy related reorganization of language in both hemispheres of patients with chronic aphasia. *Neuroimage*, 28, 481–489.
- Ren, C., Zhang, G., Xia, N., Jin, C., Zhang X., Hao J., Guan H., Tang, H., Li, J. and Cai, D. (2014). Effect of Low – Frequency rTMS on Aphasia in Stroke Patients: A Meta – Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE* 9(7).
- Richter, M., Miltner, W. H., & Straube, T. (2008). Association between therapy outcome and right-hemispheric activation in chronic aphasia. *Brain*, 131 (1391–1401)
- Rodríguez, P.L. (2014) Ictus isquémico: avances y proyecciones. *Rev Cubana Neurol Neurocir.* 4 (1).
- Spielmann, K., van de Sandt-Koenderman, W.M.E., Heijnenbrok-Kal, M.H., Ribbers, G.M., 2018. Transcranial direct current stimulation does not improve language outcome in subacute poststroke aphasia. *Stroke* 49, 1018–1020.
- Takeuchi N and Izumi SI. (2012). Maladaptive plasticity for motor recovery after stroke: mechanisms and approaches. *Neural Plast* 2012; 2012: 359728.
- Triggs, J., & Pandolfino, J. (2019). Recent advances in dysphagia management. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-1527.
- Waldowski K, Seniow J, Lesniak M, Iwanski S, Członkowska A. Effect of low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation on naming abilities in early-stroke aphasic patients: a prospective, randomized, double-blind sham-controlled study. *The Scientific World Journal* 2012; 2012: 518–568.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Control central de la vocalización. Evaluación y tratamiento en la disfonía espasmódica

Trabajo de fin de grado de Carlos Sesmero Otálora,
tutorizado por Manuel Víctor López González,
cotutorizado por Marta González García

Resumen

La disfonía espasmódica (DE) es una patología que afecta al normal funcionamiento de las cuerdas vocales pudiendo estar asociada a un control incorrecto de sus movimientos por parte del sistema nervioso central. Para poder comprender y hacer frente a esta patología, tanto desde una perspectiva médica como logopédica, se necesita conocer la anatomía, la fisiología y la neurofisiología del órgano fonador por excelencia, la laringe. Se debe tener en cuenta que, para dotar a la laringe de la capacidad de emitir voz, se deben llevar a cabo una serie de movimientos sumamente precisos que están bajo el control del sistema nervioso central. Aunque se conoce muy bien todo lo relativo al control nervioso laríngeo, se hace necesario ampliar el número de estudios que expliquen o desarrollen, sobre todo a nivel logopédico, nuevos protocolos de actuación frente a patologías de este tipo. Los estudios existentes que intentan entender esta patología lo hacen desde una perspectiva médica, y concluyen que el tratamiento más efectivo hasta la fecha es la inyección de toxina botulínica.

Palabras clave: laringe; cuerdas vocales; disfonía espasmódica; tratamiento logopédico; tratamiento médico; toxina botulínica

Abstract

Spasmodic dysphonia (SD) is a pathology that affects the normal functioning of the vocal cords and it may be associated with incorrect control of their movements by the central nervous system. In order to cope with this neurological disorder, from a medical and a speech therapy perspective, it is necessary to know the anatomy, physiology and neurophysiology of the phonatory organ par excellence, the larynx. It should be borne in mind that in order to endow the larynx with the ability to emit voice, a series of highly precise movements must be carried out that they are under the control of the central nervous system. Although everything related to laryngeal nervous control is well known, it is necessary to expand the number of studies that explain or develop, especially at the speech therapy level, new protocols for action against pathologies of this type. Existing studies that attempt to understand this pathology do so from a medical perspective and conclude that the most effective treatment to date is botulinum toxin injection.

Keywords: larynx; vocal folds; spasmodic dysphonia; speech therapy treatment; medical treatment; botulinum toxin

Metodología

Las bases de datos utilizadas para llevar a cabo la búsqueda de publicaciones científicas han sido: la base de datos Jábega de la Universidad de Málaga, PubMed y Google Académico.

En el repositorio Jábega se introdujeron los términos “control nervioso laríngeo” obteniendo 38 resultados y “control nervioso fonación” obteniendo 6 resultados. No obstante, no se seleccionó ninguna de las publicaciones halladas debido a no tener relevancia con el tema a estudiar. Posteriormente se introdujeron los términos “disfonía espasmódica” obteniendo 23 resultados, de los cuales se seleccionaron 2. Finalmente, se realizó una última búsqueda en esta base de datos la cual fue “Rosa Bermúdez”, con ánimo de encontrar una publicación en concreto que sabía de su existencia. Se obtuvieron 2463 resultados, de los cuales, al ordenarse por relevancia, se pudo encontrar la publicación buscada.

En la base de datos PubMed se introdujeron los términos “larynxnervous control” encontrándose de esta forma 153 resultados. Al aplicar el filtro que excluye publicaciones con más de 10 años de antigüedad, resultaron finalmente 48 entradas, de las cuales se seleccionaron 4. Posteriormente se introdujeron los términos “spasmodicdysphonia AND vocal therapy” y “spasmodicdysphonia AND botulinotherapy” encontrándose tras aplicar el filtro que muestra únicamente las publicaciones de los últimos 10 años, 104 y 90 resultados, seleccionándose finalmente 2 y 2 respectivamente.

Por último, se realizaron varias búsquedas en la base de datos Google Académico. En este repositorio los términos que se introdujeron fueron tanto en español como en inglés: “anatomía laríngeo”, “control laríngeo”, “larynx control”, “control nervioso laríngeo”, “nervouslarynx control”, “disfonía espasmódica”, “spasmodicdysphonia”, “tratamiento disfonía espasmódica”, “spasmodicdysphoniament”, “diagnóstico disfonía espasmódica”, “tratamiento logopédico disfonía espasmódica” y “terapia vocal disfonía espasmódica”. Finalmente se encontraron en esta base de datos un total de 14 publicaciones de utilidad.

Los criterios de selección/exclusión han variado según los resultados obtenidos de la búsqueda inicial. Por lo general, se han seleccionado publicaciones cuya edición era posterior al año 2000. Se han excluido las publicaciones que no estuviesen redactadas en inglés o español. Y, por último, también se excluyeron las publicaciones que aparecían repetidas o no poseían un contenido relevante para el tema en cuestión.

1. Introducción

1.1. Definición y funciones de la laringe

El sistema fonatorio se compone de diferentes estructuras que, aunque en un principio poseen una función distinta a la emisión de la voz, se ajustan de un modo funcional en el ser humano para dotar al mismo de la capacidad de producir sonidos altamente complejos que, tras una serie de mecanismos sumamente precisos, le capacitan para comunicar ideas y emociones (Bermúdez, 2000; Ramírez, 2012).

La laringe es un órgano con aspecto tubular, recubierto por un epitelio mucoso. Se localiza en la zona anterior y media del cuello, uniendo dos órganos pertenecientes al sistema fono respiratorio, faringe (superior a ella) y tráquea (inferior a ella), entre la tercera y sexta vértebra cervical. Se compone de diferentes cartílagos anexionados entre sí mediante distintos ligamentos y membranas. Los movimientos de apertura y cierre de la vía aérea que se pueden apreciar en la laringe son realizados por la musculatura laríngea intrínseca (Bermúdez, 2000; Ramírez, 2012).

Respecto a las funciones de la laringe, cabe mencionar que es un órgano que le caracteriza su gran polivalencia. Tiene cuatro funciones muy bien definidas, dos de ellas imprescindibles para mantener con vida al sujeto. Las cuatro funciones son: conectar la faringe y la tráquea (función vital), proteger la vía respiratoria (ídem), actuar como esfínter en situaciones de esfuerzo y dotar al sujeto de fonación. Con respecto a esta última, surge como acción secundaria de la aducción de los repliegues vocales (función esfínteriana, determinante para la seguridad de la vía aérea). La facultad que posee el ser humano de transmitir ideas y conocimientos a través del control tan preciso de nuestra laringe (y de otras estructuras orofaciales) nos dota de una capacidad que cuando se ve mermada por una afección laríngea pueden llegar a aparecer incluso alteraciones de carácter psicológico (Bermúdez, 2000; Ramírez, 2012).

1.2. Anatomía laríngea

La laringe está compuesta por una serie de estructuras que le proporcionan su carácter morfológico y le dotan de las cualidades necesarias para llevar a cabo sus funciones, entre ellas, la fonación (Bermúdez, 2000; Céruse, Ltaief-Boudrigua, Buiet, Cosmidis y Tringali, 2012; Ramírez, 2012). A continuación, se describen con detalle las que más relevancia tienen en la emisión vocal.

1.2.1. Cartílagos y hueso hioides

La laringe está compuesta por unas estructuras anatómicas denominadas cartílagos que le dotan a la misma de las características morfológicas mencionadas anteriormente. Los cartílagos que la conforman se pueden apreciar en la Figura 1 y podemos dividirlos entre los que tienen mayor relevancia poseen en la fonación debido a su naturaleza: tiroides, cricoides, epiglótico y aritenoides; y otros como los corniculados o los cuneiformes que no poseen una función tan determinante en dicha función. Estos cartílagos se encuentran unidos entre si mediante las articulaciones cricoaritenoides y cricotiroideas (Bermúdez, 2000).

Figura 1

Cartílagos de la laringe en visión anterior, posterior y sagital media (Hansen, 2007).



1.2.2. Articulaciones

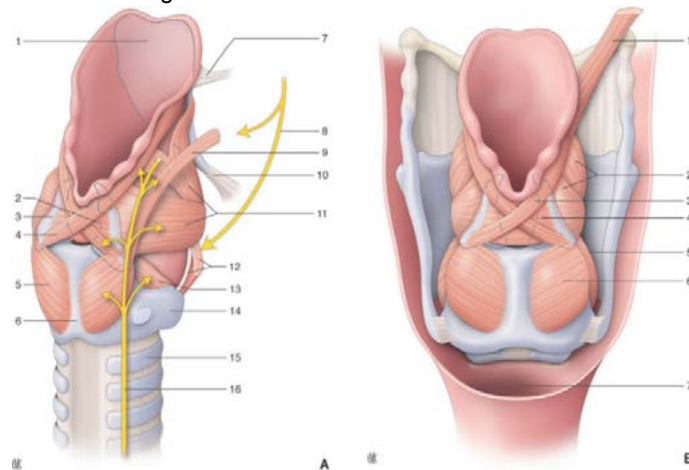
Las articulaciones laríngeas son los puntos de unión entre los cartílagos que conforman la laringe. Poseen una gran relevancia en la fonación debido a que permiten el movimiento de un cartílago sobre otro para poder llevar a cabo las funciones propias de dicho órgano. Estas articulaciones son las cricoaritenoides y las cricotiroideas (Figura 2) (Céruse et al., 2012).

- **Articulaciones cricoaritenoides:** Son las articulaciones más importantes desde el punto de vista de la fisiología laríngea, puesto que son las que permiten llevar a cabo los movimientos cordales acaecidos en la laringe. Estas articulaciones conectan la base del aritenoides con la zona superior del cricoides, dotando así a las cuerdas vocales de los movimientos de aducción y abducción.
- **Articulaciones cricotiroideas:** Aunque estas articulaciones poseen menor relevancia desde el punto funcional de la laringe, desempeñan un papel importante en la fisiología vocal dado que permiten la elongación y acortamiento de las cuerdas vocales. Esto se consigue haciendo bascular al cartílago tiroideo sobre el cricoides en un plano vertical y horizontal. La amplitud de este movimiento difiere entre sexos, poseyendo el sexo masculino mayor amplitud de movimiento respecto al sexo femenino (Céruse et al., 2012).

1.2.3. Músculos

Existen dos tipos de musculatura laríngea: extrínseca y musculatura intrínseca (Figura 2). El primer tipo de musculatura se denomina extrínseca debido a que conecta la laringe con otras estructuras perilaríngeas. La función principal de estos músculos es elevar o descender este órgano. Por otro lado, se encuentra la musculatura intrínseca. La función principal de estos músculos es tensar, abrir o cerrar las cuerdas vocales. Por ello, según su función se dividen en tensores (cricotiroideos), abductores (cricoaritenoides posteriores) y aductores (cricoaritenoides laterales, tiroaritenoides, tanto superiores como inferiores, e interaritenoides) (Bermúdez, 2000; Céruse et al., 2012; Ramírez, 2012; Giovanni, Lagier y Henrich, 2014).

Figura 2
Músculos intrínsecos de la laringe.



A. Vista posterior derecha. 1. cartílago epiglótico; 2. músculo interaritenosoide transverso; 3. cartílago aritenoides; 4. músculo interaritenosoide oblicuo; 5. músculo cricoaritenosoide posterior. 6. cartílago cricoide; 7. ligamento hioepiglótico; 8. nervio laríngeosuperior; 9. músculo tiroaritenosoide superior; 10. ligamento tiroepiglótico; 11. músculo tiroaritenosoide lateral; 12. músculo y membrana cricotiroideos; 13. músculo cricoaritenosoide lateral; 14. cartílago cricoide; 15. tráquea; 16. nervio larínge inferior.

B. Vista posterior. 1. músculo estilofaríngeo; 2. músculo tiroaritenosoide lateral; 3. músculo interaritenosoide oblicuo; 4. músculo interaritenosoide transverso; 5. músculo cricoaritenosoide lateral; 6. músculo cricoaritenosoide posterior; 7. boca esofágica. (Céruse et al., 2012).

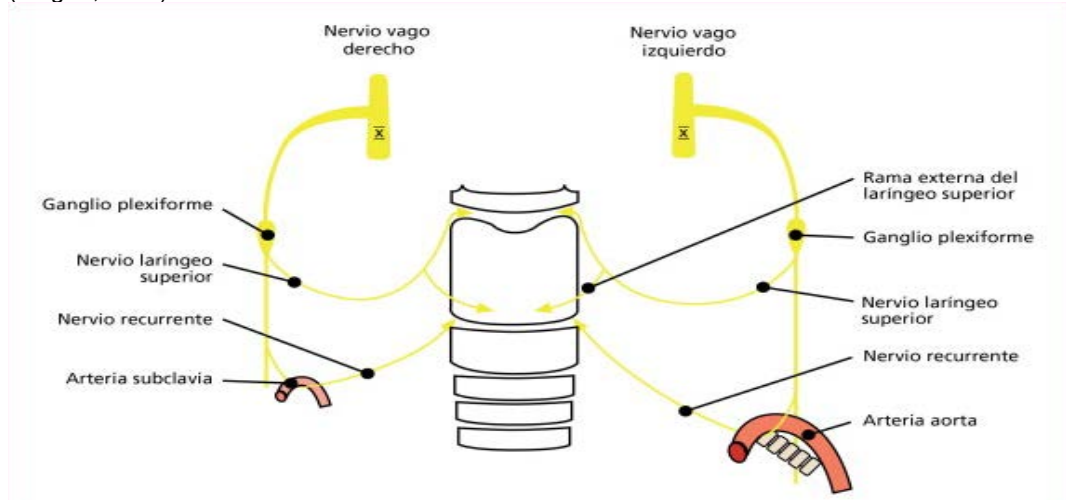
1.2.4. Inervación

La inervación laríngea la realiza en su totalidad el X par craneal o nervio vago. Este nervio se divide en dos ramas denominadas nervio larínge superior y nervio larínge inferior o recurrente (Figura 3) (Bermúdez, 2000; Céruse, et al., 2012; Ramírez, 2012).

El nervio larínge superior se considera un nervio mixto ya que posee ramas sensitivas y ramas motoras, aunque predominan las primeras. Para ello, se divide en dos, la rama interna y la rama externa del nervio larínge superior. La rama interna dota de sensibilidad a la mucosa que recubre las estructuras superiores de la laringe, regiones cercanas a la faringe y base de la lengua. La rama externa es la que inerva de forma motriz el músculo cricotiroideo posterior (el único músculo controlado por el nervio larínge superior) y proporciona sensibilidad a las regiones medias e inferiores de la laringe (Bermúdez, 2000; Céruse, et al., 2012; Ramírez, 2012).

A su vez el nervio larínge inferior o recurrente se encarga de proporcionar la información motora a todos los músculos intrínsecos de la laringe a excepción del cricotiroideo posterior (Bermúdez, 2000; Céruse, et al., 2012; Ramírez, 2012).

Figura 3
Inervación laríngea. En esta imagen se puede observar el camino que recorre el nervio vago o X par craneal en la inervación de la laringe. También se puede apreciar de qué forma se divide el nervio vago, dando como resultado el nervio larínge superior y el nervio larínge inferior o recurrente (Alegría, 2015).



1.3. Control laríngeo central

En un primer momento, para comprender como se lleva a cabo el control laríngeo desde una perspectiva nerviosa central es necesario realizar una breve clasificación. La emisión vocal se produce a partir dos vías independientes. Una es la vía emocional o involuntaria y otra la vía voluntaria (Bermúdez, 2000; Simonyan y Horwitz, 2011; Holstege y Subramanian, 2015; Mor, Simonyan y Blitzer, 2018). A continuación, se va a describir la naturaleza de ambas rutas de emisión vocal.

1.3.1. Vía emocional de emisión vocal

La vía emocional es la responsable de emisiones vocales de carácter innato e involuntario, como por ejemplo el llanto o la risa (Bermúdez, 2000; Simonyan y Horwitz, 2011; Holstege y Subramanian, 2015; Mor et al., 2018). La corteza cingulada anterior (cuyas siglas en inglés corresponden a ACC) se proyecta hacia la sustancia gris periacueductal (PAG en inglés), y esta última región hacia la formación reticular del tronco encefálico inferior (Müller-Preuss y Jürgens 1976; Mantyh, 1984). Estas tres estructuras forman un sistema jerárquico representando la ACC la cima del mismo, situándose la PAG en un lugar intermedio y la formación reticular como la región ejecutiva (Jürgens, 2009).

La ACC forma parte de la corteza cingulada (CC). La CC se divide en corteza cingulada anterior y corteza cingulada posterior (PCC), correspondiendo a la primera las áreas 24, 25 y 32 de Brodmann, mientras que la segunda abarca las áreas 23, 29, 30 y 31 de Brodmann. La ACC se conoce por ejercer de nexo entre la cognición y la emoción. De esta forma, se le atribuye el papel de organizar las funciones requeridas a la hora de emitir una respuesta eficaz con el fin de conseguir el objetivo perseguido para la vida diaria, además de la función que ejerce en la vía emocional de la emisión vocal (Jürgens, 2009; Guzmán, Ríos, Abundis, Vázquez, y Villaseñor, 2018).

Por otro lado, en el segundo eslabón de la organización jerárquica de esta vía se encuentra la sustancia gris periacueductal (PAG). La PAG es una estructura de naturaleza mesencefálica con diversas funciones en el ámbito de la fonación. Gracias a diversos estudios como los realizados por Botezy Barbeau (1971) y Davis, Zhang, Winkworth y Bandler (1996), se sabe que es requisito indispensable que la PAG se encuentre intacta para poder realizar emisiones vocales de cualquier carácter. El papel de esta región no es provocar la contracción de musculatura laríngea sino llevar a cabo una serie de patrones de una forma coordinada implicando a la musculatura, tanto respiratoria como laríngea (Bermúdez, 2000). Además, no solo realiza esa función, sino que la PAG es la responsable de iniciar la vocalización, ya sea voluntaria o involuntaria, de ahí la necesidad de que se encuentre libre de daño para poder emitir vocalizaciones (Mor et al., 2018).

Por último, la formación reticular es una red de núcleos nerviosos situada en el tronco encefálico inferior. Los núcleos que pertenecen a esta red son los núcleos del rafe, el locus coeruleus, la sustancia negra, el área tegmental ventral, el núcleo tegmental laterodorsal, el tegmento pedunculopontino, la oliva inferior y el núcleo rojo. Las neuronas que aquí se alojan tienen la función de ejecutar una respuesta efectiva en un momento preciso ante diferentes estímulos de diversa naturaleza: visuales, táctiles, auditivos o viscerales. Entre sus funciones también se encuentra el papel ejecutivo que realiza en la emisión vocal de carácter involuntario (Castillo y De Jorge, 2015).

1.3.2. Vía voluntaria de emisión vocal

Como contraposición, respecto al control de la vía voluntaria, el mayor responsable es la corteza motora laríngea (LMC en inglés) junto con la corteza motora orofacial, coordinando conjuntamente más de 100 músculos que intervienen en la respiración, la deglución y la fonación. La LMC por lo tanto, es indispensable a la hora de realizar acciones aprendidas como el habla o el canto. La gran mayoría de los músculos que participan en dichas acciones reciben inervación bilateral desde la LMC izquierda y derecha, por lo que pacientes afectados de parálisis unilateral por deterioro de la LMC de un solo hemisferio pueden aun así ejercer un control voluntario de la voz (Mor et al., 2018).

Algunos estudios de neuroimagen y estimulación eléctrica como los realizados por Loucks, Poletto, Simonyan, Reynolds y Ludlow (2007) o Brown, Ngan y Liotti (2008) sitúan a la LMC en área 4 de Brodmann. Sin embargo, en la especie más parecida filogenéticamente hablando, en los primates no humanos, la LMC se localiza en una posición más rostral y ventral, en el área 6 de Brodmann. Además, otra diferencia acerca del control voluntario de la laringe de ambas especies es que estos primates presentan una conexión indirecta entre la LMC y el núcleo ambiguo (NA), existiendo un intermediario, el núcleo retroambiguo (nRA en inglés). Tanto el NA como el nRA son estructuras troncoencefálicas con gran influencia en la producción vocal, como a continuación se detalla. La conexión, por lo tanto, que presentan los primates no humanos es la siguiente: LMC → nRA → NA → Laringe. Mientras que en

humanos la conexión sería directa resultando de la siguiente manera: LMC → NA → Laringe (Simonyan y Horwitz, 2011; Fernández, 2017; Mor et al., 2018).

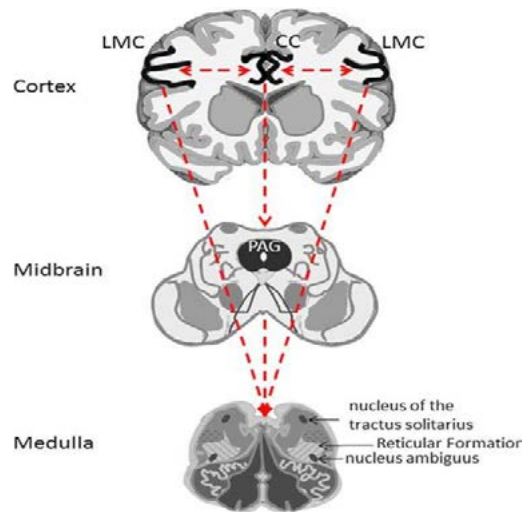
Esta conexión directa en humanos junto con la evolución cerebral mencionada anteriormente podrían ser los responsables del control voluntario tan preciso que poseemos los humanos frente al control voluntario menos preciso que presentan los primates no humanos. La LMC, al estar conectada directamente con las motoneuronas laríngeas presentes en el NA, ejerce un control total de las mismas no permitiendo que pueda existir “pérdida de información por el camino”, como ocurre en el control voluntario de la laringe en primates no humanos. Por lo tanto, la coordinación es más rápida y concisa, facilitando el aprendizaje del habla y del canto (Simonyan y Horwitz, 2011; Fernández, 2017; Mor et al., 2018).

1.3.3. Conexiones existentes entre regiones de ambas vías

La LMC presenta una conexión bidireccional con la corteza cingulada anterior (ACC). Como se explicó anteriormente, la ACC, es la cima de la vía emocional de control laríngeo, y la LMC su homólogo en la vía voluntaria del control de la voz (Simonyan y Horwitz, 2011). Esta conexión es muy relevante debido a que la LMC no presenta conexiones directas con la PAG (Jürgens, 2002; Simonyan y Horwith, 2011). Por lo que, se pueden sacar diversas conclusiones a través de estos hallazgos. El funcionamiento de ambas vías es independiente, pero trabajan en conjunto. Es necesario que sea así para poder proporcionar a la voz emitida voluntariamente un carácter emocional. De esta manera, ambas vías se encuentran conectadas a través de sus regiones corticales más jóvenes filogenéticamente (Figura 4), mientras que regiones que realizan un papel fundamental en la emisión vocal involuntaria, como la PAG, no participarían en la emisión vocal voluntaria (Simonyan y Horwith, 2011).

Figura 4

Vía emocional y vía voluntaria de control de la emisión de la voz en humanos. En la imagen se puede apreciar la organización jerárquica de ambas vías y la conexión de éstas a través de la propia conexión entre corteza motora laríngea y corteza cingulada anterior (Mor et al., 2018).



Este hecho se conoce debido a la experimentación de Jürgens (2002) en la que se pudo comprobar que la lesión de la ACC tiene como resultado la pérdida del control voluntario de las entonaciones emocionales. Sin embargo, la lesión de la PAG no afecta a la emisión vocal realizada por la formación reticular. Por lo tanto, se confirma de esta manera que ambas vías son independientes, pero ejercen un trabajo conjunto.

Otra de las conexiones existentes que nos ayudan a entender mejor el funcionamiento del control laríngeo es la existente entre la PAG y el nRA. El nRA se caracteriza por tener un grupo celular de pequeñas dimensiones. La literatura científica ha denominado en numerosas ocasiones al nRA el grupo respiratorio ventral caudal. Esta afirmación puede inducir a error, debido a que ésta sugiere que su función se limita únicamente al control de la musculatura respiratoria. Sin embargo, el nRA posee una gran cantidad de interneuronas que proyectan sus conexiones hacia motoneuronas que inervan musculatura cuya función no tiene relación con la respiración (Holstage y Kuypers, 1982; Holstage, 1989; Portillo, Grelot, Milano, y Bianchi, 1994; Vanderhorst y Holstage, 1995), como por ejemplo la inervación de los músculos que controlan la postura de apareamiento o el suelo pélvico (Holstage, 2014).

Por lo tanto, se puede considerar al nRA como un gran director de orquesta, con gran influencia en diversas funciones del organismo, como la emisión vocal, la respiración, el vómito, la tos, el estornudo, el parto o la conducta de apareamiento. Controlando a este gran director de orquesta se encuentran otros grupos celulares, entre ellos la PAG (Holstage, 2014). Por lo tanto, como anteriormente se ha mencionado, el nRA posee conexiones directas en mamíferos con el NA, es decir que la PAG juega un papel de gran relevancia controlando indirectamente la vía voluntaria de emisión vocal. Se reitera, por tanto, el concepto de que ambas vías son independientes, pero trabajan en conjunto para la emisión vocal normativa.

Por último, centrándonos ahora en el sistema nervioso desde una perspectiva global, es importante conocer que un mal funcionamiento de las vías del control motor puede provocar el desarrollo de patologías como la distonía muscular (Neychev, Gross, Lehericy, Hess, y Jinnah, 2011). En este caso, parece de gran interés conocer que un desajuste funcional en estas vías nerviosas de control motor puede tener consecuencias a nivel de la emisión vocal, lo cual va a permitir que profesionales como los logopedas puedan tener cabida en la evaluación e intervención de este tipo de patologías.

2. Desarrollo

2.1. Distonías

La distonía es un trastorno neurológico que provoca contracciones musculares producidas de forma involuntaria. Se puede manifestar de manera sostenida o intermitente provocando torsiones, movimientos repetitivos o posturas anormales (Fahn, 1984). Las distonías más leves pueden manifestarse como leves exageraciones o distorsiones del movimiento habitual. Las distonías moderadas se caracterizan por movimientos más rígidos, lentos o incluso espasmódicos. Sin embargo, las manifestaciones más graves provocan posturas no naturales e incluso deformidades fijas, provocando una discapacidad física de gran relevancia al paciente que la sufre. Cualquier región corporal puede verse afectada por la distonía muscular. Cuando la distonía muscular afecta únicamente a una región de la anatomía muy localizada se denomina distonía focal. Las distonías focales más comunes son las que afectan a la región del cuello, la región del rostro en su mitad superior, la laringe y alguna extremidad. Estas se denominan comúnmente como tortícolis, blefaroespasmo, distonía laríngea y calambre del escritor, respectivamente (Neychev et al., 2011).

Extrapolando la afirmación realizada por Fahn al órgano que nos atañe, la laringe, se puede definir la distonía laríngea como el síndrome clínico caracterizado por contracciones involuntarias específicas a la hora de movilizar de forma voluntaria la musculatura laríngea (Blitzer et al., 2018; Mor et al., 2018). Dentro de las distonías laríngeas podemos observar hasta tres tipos principales: distonía laríngea respiratoria, distonía laríngea del cantante y disfonía espasmódica. En esta última nos vamos a centrar en el resto de esta revisión.

2.2. Disfonía espasmódica

2.2.1. Descripción

Haciendo un breve recorrido histórico por los hallazgos acerca de la DE, el primer autor que se refirió a esta alteración, aunque sin proporcionarle este término, fue Traube (1871). Este autor proponía que dicha disfonía tenía un origen psicológico. Sin embargo, no fue denominada disfonía espasmódica hasta que Aronson lo propuso en 1968, acercándose de esta manera al concepto que se tiene hoy en día según la literatura científica acerca de este trastorno (Behlau y Pontes, 2002). Por último, diversos autores como Pitman, Bliznikas y Baredes (2006); o Simonyan, Ludlow y Vortmeyer (2010) han completado de una forma más certera la caracterización de esta alteración.

2.2.2. Características generales

Este trastorno se caracteriza por impedir la emisión vocal de una forma fluida y continua debido a movimientos involuntarios descontrolados de las cuerdas vocales. Además, en aproximadamente un tercio de estos pacientes aparece temblor vocal. Normalmente, los pacientes afectados se encuentran en un baremo de edad media, entre los 40 y los 50 años aproximadamente, y la progresión de los síntomas suele ser de un año, hasta que llega el momento en el que dejan de empeorar y se estancan o llegan a su máximo grado de severidad. Su prevalencia no es elevada, siendo ésta aproximadamente de 6 personas afectadas por cada 100.000. Es más frecuente en personas pertenecientes al continente europeo y más concretamente en mujeres. Existe otro dato curioso que indica cierta transmisión hereditaria: entre el 16% y el 20% de los pacientes afectados de DE han afirmado tener algún familiar afectado de esta patología o de alguna otra alteración de carácter distónico muscular (De Lima y Simonyan, 2019; Guiry, Worthley y Simonyan, 2019).

2.2.3. Origen

La disfonía espasmódica afecta en concreto a la movilidad de las cuerdas vocales, provocando en ellas movimientos descontrolados durante la emisión de la voz. El origen de la disfonía espasmódica se ha atribuido tradicionalmente a la afección neurológica de los ganglios basales. En los últimos años se ha podido comprobar que existen muchas más estructuras neurológicas afectadas en este tipo de trastornos como, por ejemplo, la corteza sensoriomotora, el tálamo o el cerebelo. Todo esto se conoce gracias a la evaluación de diversos sujetos a través de Resonancia Magnética Funcional (RMNf). Los resultados fueron esclarecedores, pero no determinantes debido a la heterogeneidad de los resultados hallados. De manera que en algunos pacientes se pudo observar una mayor activación de estas estructuras tanto en tareas sintomáticas (en los que se podía apreciar la disfonía ya que intervenían las CCVV, como por ejemplo tareas relacionadas con el habla) como en tareas asintomáticas (tareas en las que no se observaba dicha alteración dado que requerían la acción de las CCVV, como dar golpes con los dedos) (Mor et al., 2018; Putzel et al., 2018).

Se han realizado, además, ciertos hallazgos acerca del origen de la DE que hasta ahora eran simples conjeturas a las que no se le podía atribuir una relación de causa-efecto. En concreto, Tanner et al. (2011) y Murry (2014) sugieren la posibilidad de que existan ciertos factores ambientales que pueden influir en la aparición de esta alteración. Factores como, por ejemplo, infecciones virales infantiles o el uso profesional de la voz. Sin embargo, De Lima y Simonyan (2019) sí han encontrado una correlación directa entre la aparición de la DE y tres factores extrínsecos en específico, los cuales son la infección recurrente en vías respiratorias superiores, el reflujo gastroesofágico y el traumatismo de cuello. Estos factores extrínsecos afectan a la retroalimentación sensorial de la laringe, afectando así al control de forma voluntaria de la misma. Esto se debe a que se la ejecución correcta del movimiento voluntario precisa de una información muy certera acerca del estado de la laringe para poder planificar dicho movimiento.

2.2.4. Diagnóstico

Los pacientes aquejados de disfonía espasmódica presentan una sintomatología bastante heterogénea, por lo que el diagnóstico de esta patología suele ser difícil y se suele prolongar en el tiempo hasta que se consigue detectar. Además, también existe falta de consenso científico acerca de los criterios diagnósticos, por lo que aún más se dificulta esta tarea tan imprescindible. En la mayoría de los casos, este tipo de paciente suele estar una media de 4 años recibiendo tratamiento para una patología vocal diferente, normalmente Disfonía por Tensión Muscular (DTM), debido a la cierta similitud en algunos síntomas como, por ejemplo, la voz tensa y estrangulada, así como el esfuerzo generado sobremanera para superar la disfonía. Además, de media pasan por las manos de 4 médicos hasta que se ofrece el diagnóstico certero. Por lo general, se comienza con la terapia vocal sin tener muy claro el diagnóstico o bajo la etiqueta de DTM. Al no apreciarse una mejoría notable, es cuando se comienza a dudar del diagnóstico ofrecido anteriormente y se empieza a sospechar que podría tratarse de disfonía espasmódica. Es entonces, cuando se prueba la inyección de toxina botulínica. Al ver su resultado positivo se confirma la sospecha (Hintze, Ludlow, Bansberg, Adler y Lott, 2017; Guiry, Worthley y Simonyan, 2019).

Como se ha revisado, la práctica clínica habitual respecto al diagnóstico de la disfonía espasmódica suele ser dificultoso, y es a base de prueba y error como finalmente se consigue llegar a la alteración correcta. También es cierto que, en la práctica clínica, por norma general se realiza una evaluación perceptual por parte del profesional y una nasofibroscopia para evaluar el estado de las cuerdas vocales, además de una completa anamnesis (Guiry, Worthley y Simonyan, 2019). Sin embargo, a la hora de investigar con pacientes aquejados de esta alteración hay que realizar un análisis muy preciso y certero y documentarlo apropiadamente, para que así los resultados sean concluyentes.

En la presente revisión se han recopilado los estudios más recientes de pacientes que presentaban disfonía espasmódica para poder observar de esta forma cómo se ha realizado dicho proceso de evaluación. Para ello, se han tenido en cuenta los estudios Vargas, Viesca, y Sánchez, (2017); Guiry, Worthley y Simonyan, (2019); De Lima y Simonyan, (2019); Campo, Sastoque y Gómez, (2019). Estas publicaciones se pueden dividir, según su punto de vista, en estudios de carácter médico y de carácter logopédico. Dependiendo del objetivo del estudio se realizaron unas pruebas u otras. No obstante, si era necesario determinar que estas personas realmente presentaban disfonía espasmódica, se les realizaba pruebas muy exhaustivas sobre todo de carácter perceptual, además de las ya mencionadas que se practican en clínica habitualmente, e incluso en algunos casos resonancia magnética funcional. Además, según Hintze et al., (2017) determinaron que para el diagnóstico se usaban las siguientes pruebas médicas: laringoscopia de alta velocidad, electromiografía y pruebas de neuroimagen.

2.2.5. Tratamiento médico

Los primeros intentos de paliar los síntomas que subyacen a raíz de la disfonía espasmódica estaban enfocados en la propia laringe como órgano estructural donde residía la alteración y en la inervación de ésta. De hecho, uno de los primeros intentos fue en el estudio de Dedo (1976). En dicho estudio se seleccionaron 34 pacientes aquejados de disfonía espasmódica y cuyo tratamiento al que iban a ser sometidos era una intervención quirúrgica para seccionar el nervio laríngeo recurrente además de un trabajo posterior de reeducación vocal con un terapeuta. Los resultados en un primer momento fueron muy esperanzadores, ya que alrededor del 90% de los pacientes había mejorado su calidad de voz. Sin embargo, al realizar un seguimiento de la evolución de éstos, se pudo comprobar que el 64% mostraba una regresión de los síntomas. Algunos estudios como Aronson y De Santo (1983); Dedo y Izdebski (1983) y Jewett et al. (1996) proporcionan una explicación a este hecho, argumentando una reinervación espontánea de los axones del nervio laríngeo recurrente. Posteriormente, Berke et al. (1999) intentaron realizar más intentos quirúrgicos utilizando el método de denervación-reinervación del nervio laríngeo recurrente. Las ramas seccionadas se reinervaron a una porción del ansa cervicalis, procurando de esta forma mantener el tono muscular, y también evitando la reinervación espontánea del nervio laríngeo recurrente. No obstante, no se pudo revertir los síntomas a largo plazo como comprobaron Chhetri, Mendelsohn, Blumin y Berke (2006), aunque en un principio también aparentaban ser exitosos (Mor et al., 2018).

Paralelamente a los estudios mencionados anteriormente, Blitzer, Lovelace, Fahn, Brin y Fink (1985) al entender el posible origen del este trastorno idearon un método novedoso para contrarrestar la sintomatología producida por la disfonía espasmódica. Este nuevo método consistía en la inyección intramuscular de toxina botulínica en los músculos afectados por dicha alteración. La idea de aplicar la toxina botulínica para paliar los síntomas de este trastorno surge de la naturaleza de esta toxina y los efectos que provoca a nivel neurofisiológico. El bótox, como es comúnmente denominada, es una neurotoxina sintetizada por la bacteria *Clostridium Botulinum* y su efecto es bloquear la liberación de acetilcolina en la neurotransmisión. La acetilcolina es un neurotransmisor excitador necesario en el proceso sináptico para poder llevar a cabo la contracción muscular. De esta forma se provoca la parálisis del músculo y sus consecuentes espasmos. No obstante, no está del todo claro si su papel es únicamente motor o si también influye en la neurotransmisión a nivel sensitivo (Mor et al., 2018).

Hasta ahora, ha sido el tratamiento más efectivo, y prueba de ello es este estudio reciente realizado por Vargas, Viesca, y Sánchez (2017), entre otros, en el que probaban la eficacia de la aplicación de toxina botulínica midiendo el índice de incapacidad vocal antes y después de la aplicación de las inyecciones. Los resultados fueron muy concluyentes determinando a la efectividad de forma estadísticamente significativa de este tratamiento. Aunque la muestra únicamente fuera de 14 personas y no pudieran tener un grupo control al que no aplicar el tratamiento debido a la escasez de sujetos. Se deja la puerta abierta a futuras investigaciones que repliquen esta investigación con un mayor número de sujetos y así poder hacer dos grupos, experimental y control, para obtener mayor validez externa. Dos revisiones que dan prueba de este hecho son las realizadas por Caro, Fuentes, y Iñiguez (2015) y Mor et al. (2018).

Por último, cabe añadir un hallazgo descubierto recientemente. Kirke, Frucht y Simonyan (2015) observaron en este estudio que varios pacientes mejoraban su calidad de voz al paliar los síntomas de forma significativa tras la ingesta de alcohol. Este hecho puede tener su explicación en lo siguiente. El etanol inhibe la sinapsis del glutamato, reduciendo de esta forma la neurotransmisión excitatoria. De esta forma, se potencia la acción del neurotransmisor GABA, cuya función es inhibitoria. Es por eso que disminuyen de forma significativa los movimientos descontrolados asociados a la disfonía espasmódica. Por lo tanto, se comienza a plantear la opción terapéutica del alcohol o algún derivado para paliar los síntomas de la disfonía espasmódica (Vargas et al., 2017; Mor et al., 2018).

2.2.6. Papel del logopeda en la reeducación vocal

El logopeda es el encargado de rehabilitar y llevar a cabo la reeducación vocal en pacientes aquejados de cualquier afección vocal. En lo que a la disfonía espasmódica se refiere, no existen estudios que se centren en el papel que desempeña el logopeda en esta patología. Sí que es cierto que se han encontrado algunas publicaciones que tratan de dar una visión de la disfonía espasmódica desde una perspectiva logopédica, pero estos están muy enfocados a la caracterización de esta patología y a su evaluación, sobre todo perceptual. Prueba de ello es la publicación de Daza, Pérez y Camargo (2017). En este trabajo realizaron una búsqueda entre más de 2000 referencias. Rechazaron todos los artículos que no estuviesen redactados en castellano o en inglés. No obstante, encontraron únicamente 5 publicaciones en las que se aplicaba terapia vocal. En algunos se aplicaba la terapia vocal

como único método y en otros en terapia combinada con toxina botulínica. Sin embargo, en ninguna de las 5 publicaciones describían los datos con suficiente claridad como para poder replicar los estudios con posterioridad, en lo que a terapia vocal se refiere. Lo que sí se conoce es que usaron técnicas de fonación sostenida y producción de voz durante la inspiración.

3. Conclusiones

- I. La laringe es un órgano complejo formado por diversas estructuras (cartílagos y hueso hioides, articulaciones y músculos) milimétricamente imbricadas sobre la que el sistema nervioso central ejerce un control muy preciso a través del nervio laríngeo superior y del nervio laríngeo recurrente, dotándole a la misma de una característica vital para el ser humano, la fonación.
- II. Nuestro sistema nervioso central utiliza dos vías a través de las cuales controla la emisión de la voz: la vía de emisión voluntaria y la vía de emisión emocional. La primera se encarga de las vocalizaciones de orden voluntario. La segunda se encarga de las vocalizaciones innatas de carácter involuntario, como el llanto o la risa. No obstante, ambas vías se encuentran interconectadas y funcionan de manera conjunta. Un fallo en estas vías puede producir alteraciones funcionales de gran importancia, como las distonías.
- III. La distonía muscular es un trastorno neurológico que provoca contracciones musculares producidas de forma involuntaria. De entre todos sus tipos, la que más afecta a la laringe es la disfonía espasmódica. En dicha patología, se provocan movimientos involuntarios de las cuerdas vocales en el momento de la fonación. El tratamiento médico más efectivo hasta la fecha es la inyección de toxina botulínica intramuscular. Respecto al tratamiento logopédico, se necesita realizar más experimentación para diseñar protocolos eficaces que garanticen la mayor calidad de vida posible al paciente.

4. Bibliografía

- Alegría, J. B. (2015). *Otorrinolaringología y patología cervicofacial: manual ilustrado*. Elsevier Health Sciences.
- Aronson, A. E., y De Santo, L. W. (1983). Adductor spastic dysphonia: three years after recurrent laryngeal nerve resection. *The Laryngoscope*, 93(1), 1-8.
- Behlau, M., y Pontes, P. (2002). Las llamadas disfonías espasmódicas: Dificultades de diagnóstico y tratamiento. In *La voz patológica* (pp. 173-203). Editorial Médica Panamericana.
- Berke, G. S., Verneil, A., Blackwell, K. E., Jackson, K. S., Gerratt, B. R., y Sercarz, J. A. (1999). Selective laryngeal adductor denervation reinnervation: a new surgical treatment for adductor spasmodic dysphonia. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 108(3), 227-231.
- Bermúdez, R. (2000). *Perfil de uso vocal en el profesorado de los colegios públicos de Málaga* (tesis doctoral). Universidad de Málaga, Málaga, España.
- Blitzer, A., Brin, M. F., Simonyan, K., Ozelius, L. J., y Frucht, S. J. (2018). Phenomenology, genetics, and CNS network abnormalities in laryngeal dystonia: A 30-year experience. *The Laryngoscope*, 128, S1-S9.
- Blitzer, A., Lovelace, R. E., Fahn, S., Brin, M. F., y Fink, M. E. (1985). Electromyographic findings in focal laryngeal dystonia (spastic dysphonia). *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 94(6), 591-594.
- Botez, M. I., y Barbeau, A. (1971). Role of subcortical structures, and particularly of the thalamus, in the mechanisms of speech and language. A review. *International journal of neurology*, 8(2), 300-320.
- Bressman, S. B. (2003). Dystonia: phenotypes and genotypes. *Revue neurologique*, 159(10 Pt 1), 849-856.
- Brown, S., Ngan, E., y Liotti, M. (2008). A larynx area in the human motor cortex. *Cerebral Cortex*, 18(4), 837-845.
- Campo, A. R., Sastoque, M. E., y Gómez, C. (2019). Modificación del índice de perturbación vocal integrado mediante terapia de voz en personas con disfonía funcional en Santiago de Cali, Colombia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 39.
- Caro, J., Fuentes, N., y Iñiguez, R. (2015). Evidencia y uso actual de toxina botulínica en patología otorrinolaringológica. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 75(1), 67-76.
- Castillo, G. D., y De Jorge, J. L. V. (2015). *Anatomía y fisiología del sistema nervioso central*. Fundación Univ. San Pablo.
- Céruse, P., Ltaief-Boudrigua, A., Buiret, G., Cosmidis, A., y Tringali, S. (2012). Anatomía descriptiva, endoscópica y radiológica de la laringe. *EMC-Otorrinolaringología*, 41(3), 1-26.

- Chhetri, D. K., Mendelsohn, A. H., Blumin, J. H., y Berke, G. S. (2006). Long-term follow-up results of selective laryngeal adductor denervation-reinnervation surgery for adductor spasmodic dysphonia. *The Laryngoscope*, 116(4), 635-642.
- Davis, P. J., Zhang, S. P., Winkworth, A., y Bandler, R. (1996). Neural control of vocalization: Respiratory and emotional influences. *Journal of Voice*, 10(1), 23-38.
- Daza, M. L., Pérez, R. M., y Camargo, M. (2017). Intervenciones fonoaudiológicas en la disfonía espasmódica: estudio bibliométrico. *Revista de Investigación en Logopedia*, 7(2), 203-221.
- Dedo, H. H. (1976). Recurrent laryngeal nerve section for spastic dysphonia. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 85(4), 451-459.
- Dedo, H. H., y Izdebski, K. (1983). Problems with surgical (RLN section) treatment of spastic dysphonia. *The Laryngoscope*, 93(3), 268-271.
- De Lima Xavier, L., y Simonyan, K. (2019). The extrinsic risk and its association with neural alterations in spasmodic dysphonia. *Parkinsonism & related disorders*, 65, 117-123.
- Fahn, S. (1984). The varied clinical expressions of dystonia. *Neurologic clinics*, 2(3), 541-554.
- Fernández, A., C. (2017). *Vías centrales implicadas en el control laríngeo*. (Tesis de pregrado). Universidad de Málaga. Málaga. España
- Gallardo, B. T. (2013). La voz y nuestro cuerpo: un análisis funcional. *Revista de Investigaciones en Técnica vocal*, 1, 40-58.
- Giovanni, A., Lagier, A., y Henrich, N. (2014). Fisiología de la fonación. *EMC-Otorrinolaringología*, 43(3), 1-16.
- Guiry, S., Worthley, A., y Simonyan, K. (2019). A separation of innate and learned vocal behaviors defines the symptomatology of spasmodic dysphonia. *The Laryngoscope*, 129(7), 1627-1633.
- Guzmán, W. G., Ríos, L., Abundis, A., Vázquez, A., y Villaseñor, T. J. (2018). Corteza del cíngulo anterior: Un área imprescindible para el control cognitivo y emocional. *Neuroplasticidad Cerebral Normal y Patológica*, 10(2), 30-34.
- Hansen, J. T. (2007). *Netter, FH. Anatomía. Cabeza y Cuello, 2007*. Elsevier España.
- Hintze, J. M., Ludlow, C. L., Bansberg, S. F., Adler, C. H., y Lott, D. G. (2017). Spasmodic dysphonia: a review. Part 2: characterization of pathophysiology. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 157(4), 558-564.
- Holstege, G. (1989). Anatomical study of the final common pathway for vocalization in the cat. *Journal of Comparative Neurology*, 284(2), 242-252.
- Holstege, G. (2014). The periaqueductal gray controls brainstem emotional motor systems including respiration. In *Progress in brain research* (Vol. 209, pp. 379-405). Elsevier.
- Holstege, G., y Kuypers, H. G. J. M. (1982). The anatomy of brain stem pathways to the spinal cord in cat. A labeled amino acid tracing study. In *Descending pathways to the spinal cord* (Vol. 57, pp. 145-175). Elsevier Amsterdam.
- Holstege, G., y Subramanian, H. H. (2015). Two different motor systems are needed to generate human speech. *Journal of Comparative Neurology*, 524(8), 1558-1577.
- Jewett, B. S., Stone, R. E., Weed, D. T., Rainey, C., Ossoff, R. H., Zeale, D. L., y Netterville, J. L. (1996). Long-term follow-up of recurrent laryngeal nerve avulsion for the treatment of spastic dysphonia. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 105(8), 592-601.
- Jürgens, U. (2002). Neural pathways underlying vocal control. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 26(2), 235-258.
- Jürgens, U. (2009). The neural control of vocalization in mammals: a review. *Journal of Voice*, 23(1), 1-10.
- Kirke, D. N., Frucht, S. J., y Simonyan, K. (2015). Alcohol responsiveness in laryngeal dystonia: a survey study. *Journal of neurology*, 262(6), 1548-1556.
- Loucks, T. M., Poletto, C. J., Simonyan, K., Reynolds, C. L., y Ludlow, C. L. (2007). Human brain activation during phonation and exhalation: Common volitional control for two upper airway functions. *Neuroimage*, 36(1), 131-143.
- Mantyh, P. W. (1983). Connections of midbrain periaqueductal gray in the monkey. *Journal of Neurophysiology*, 49(3), 567-594.
- Mor, N., Simonyan, K., y Blitzer, A. (2018). Central voice production and pathophysiology of spasmodic dysphonia. *Laryngoscope*, 128, 177-183.
- Müller-Preuss, P., y Jürgens, U. (1976). Projections from the 'cingular' vocalization area in the squirrel monkey. *Brain research*, 103(1), 29-43.
- Murry, T. (2014). Spasmodic dysphonia: let's look at that again. *Journal of Voice*, 28(6), 694-699.

- Neychev, V. K., Gross, R. E., Lehericy, S., Hess, E. J., y Jinnah, H. A. (2011). The functional neuroanatomy of dystonia. *Neurobiology of disease*, 42(2), 185-201.
- Pitman, M., Bliznikas, D., y Baredes, S. (2006). Spasmodic dysphonia. Recuperado de <http://eMedicine.com>
- Portillo, F., Grelot, L., Milano, S., y Bianchi, A. L. (1994). Brainstem neurons with projecting axons to both phrenic and abdominal motor nuclei: a double fluorescent labeling study in the cat. *Neuroscience letters*, 173(1-2), 50-54.
- Putzel, G. G., Battistella, G., Rumbach, A. F., Ozelius, L. J., Sabuncu, M. R., y Simonyan, K. (2018). Polygenic risk of spasmodic dysphonia is associated with vulnerable sensorimotor connectivity. *Cerebral Cortex*, 28(1), 158-166.
- Ramírez, C. (2012). *Somatotopía de los músculos laríngeos en el núcleo ambiguo de la rata* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Simonyan, K., y Horwitz, B. (2011). Laryngeal motor cortex and control of speech in humans. *Neuroscientist*, 17(2), 197-208.
- Simonyan, K., Ludlow, C. L., y Vortmeyer, A. O. (2010). Brainstem pathology in spasmodic dysphonia. *The Laryngoscope*, 120(1), 121-124.
- Tanner, K., Roy, N., Merrill, R. M., Kimber, K., Sauder, C., Houtz, D. R., Doman, D y Smith, M. E. (2011). Risk and protective factors for spasmodic dysphonia: a case-control investigation. *Journal of Voice*, 25(1), 35-46.
- Traube, L. (1871). Spastische Form der nervösen Heiselnheit. *Gesammelt Beitrage Pathol Physiol*, 2, 677.
- Vanderhorst, V. G., y Holstege, G. (1995). Caudal medullary pathways to lumbosacral motoneuronal cell groups in the cat: evidence for direct projections possibly representing the final common pathway for lordosis. *Journal of Comparative Neurology*, 359(3), 457-475.
- Vargas, A. M., Viesca, M. T., y Sánchez, G. F. (2017). Índice de discapacidad vocal pre- y postaplicación de toxina botulínica en pacientes con disfonía espasmódica. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*, 62(2), 100-105.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Trastornos sensoriales y alimentarios en el trastorno autista y su relación con la topografía cerebral

Trabajo de fin de grado de Claudia Orozco Gordillo,
tutorizado por Miguel Ángel Barbancho Fernández,
cotutorizado por Patricia Navas Sánchez

Resumen

El autismo se caracteriza por la aparición temprana, antes de los 3 años de edad, con alteraciones en la conducta social, comunicación verbal y no verbal, y por comportamientos estereotipados y restringidos. Este trastorno del neurodesarrollo muestra una gran heterogeneidad conductual, desde modificaciones leves de la conducta hasta discapacidad grave, que han sido agrupadas bajo el término de Trastorno del Espectro Autista (TEA). EL TEA tiene varias causas posibles: origen genético detectándose alteraciones en varios pares cromosómicos, origen neurológico con un mal funcionamiento del sistema dopaminérgico o diferencias en distintas regiones cerebrales. Además, se ha comprobado la importancia en el cuadro de las alteraciones en el ambiente. Las personas con autismo tienen unas características sensoriales comunes. Sin embargo, existen diferentes tipos de procesamiento sensorial (hiporresponsividad, hiperresponsividad y conductas de búsqueda sensorial). Según la modalidad que esté afectada, las personas con autismo responden de una u otra forma ante el estímulo. Con respecto a la alimentación, estos pacientes suelen mostrar una selectividad alimentaria que se basan sobre todo en la textura, empaquetado, olor, temperatura y envasado. Este trabajo presenta una revisión bibliográfica de diferentes artículos relacionados con las características sensoriales del autismo, la selectividad que muestran en la alimentación y las posibles zonas del cerebro que están afectadas para que se de dichas características comunes.

Palabras clave: trastorno del espectro autista, trastorno sensorial, disfunción sensorial en el autismo, autismo y logopedia.

Abstract

Autism is characterized by its early onset, before age 3, with disturbances in social conduct, verbal and nonverbal communication, and by stereotyped and restricted behaviors. This neurodevelopmental disorder shows a great behavioral heterogeneity, from mild behavioral modifications to severe disabilities, which have been grouped under the expression Autism Spectrum Disorder (ASD). ASD has several possible causes: genetic origin, detecting alterations in several chromosome pairs, neurological origin with a malfunctioning of the dopaminergic system or differences in the different brain regions. In addition, the importance of the alterations in the environment has been proven. People with autism have common sensory characteristics. However, there are different types of sensory processing (hyporresponsiveness, hyperresponsiveness, and sensory searching behaviors). Depending on the modality that is affected, people with autism respond in one way or another to the stimulus. With regard to food, these patients usually show food selectivity based mainly on texture, wrapping, smell, temperature and packaging. This work presents a bibliographic review of different articles related to the Sensory Characteristics of autism, the selectivity they show nourishment in feeding and the possible areas of the brain that are affected so that these common characteristics are given.

Keywords: Autism spectrum disorder, sensory disorder, sensory dysfunction in autism, autism and speech therapy.

Introducción

El presente trabajo propone abordar una temática que ha cobrado gran importancia en los últimos años. En la actualidad, cada vez son más frecuentes los trastornos del neurodesarrollo en población infantil, especialmente se están dando nuevos casos de Trastornos del Espectro Autista (TEA). En 2014, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos publicó un estudio que estimó la prevalencia de casos de autismo, en 1 de cada 88 niños. Esto supone un incremento significativo con respecto a años anteriores previendo que para el 2025 seguirá aumentando hasta un 50%. En España no hay certeza de cuántos casos de autismo existen, pero lo cierto es que han aumentado considerablemente, el cual podría ser debido a la mejora de los procedimientos y conocimientos sobre este trastorno o bien a que haya un aumento de diagnóstico del TEA.

Sin embargo, a pesar del incremento en su prevalencia e incidencia cada vez son más los casos de autismo que se diagnostican de forma errónea. Múltiples variables pueden influir en ello tales como no conocer la existencia de otros trastornos con similar sintomatología o conocer con exactitud cuál es su etiología lo cual conlleva a una mayor dificultad para realizar un diagnóstico diferencial y precoz. El diagnóstico precoz y el tratamiento temprano son indispensables para una correcta intervención y un seguimiento.

El objetivo general en el que podemos resumir este Trabajo Fin de Grado es investigar y aumentar los conocimientos sobre los Trastornos Sensoriales en el Autismo.

Los **objetivos específicos** son:

- Analizar los conocimientos sobre el Autismo.
- Identificar los Trastornos Sensoriales.
- Analizar las posibles causas de este tipo de trastorno
- Conocer cómo afecta la disfunción sensorial en la alimentación
- Identificar qué zonas del cerebro están afectadas

Marco teórico

1.1. Conceptualización del trastorno del espectro autista a través de la historia

La palabra autismo viene del griego autos que significa “sí mismo” y fue utilizada por primera vez por un psiquiatra suizo Eugen Bleuler en 1911 para referirse a la desconexión con el entorno que padecen los pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, la primera clasificación médica del autismo se produjo varios años después, en 1943 por el Doctor Leo Kanner. Según Kanner, el trastorno se caracteriza por tres aspectos principales que son: la incapacidad para establecer relaciones con las personas; retrasos y alteraciones en la adquisición y uso del lenguaje y una obsesión por mantener sin cambios el ambiente. Ahora bien, para Kanner el desorden fundamental de estas personas es relacionarse con sus iguales (López, Rivas y Taboada, 2010).

Paralelamente a Kanner, aunque con gran demora en sus publicaciones, el pediatra Hans Asperger repasa en algunos casos de niños con autismo lo que le lleva a describir las características típicas de este trastorno: limitación en las relaciones sociales, extrañas pautas comunicativas y un carácter obsesivo. (López, Rivas y Taboada, 2010).

En 1980, se le dio el status de diagnóstico oficial al incluirse en la en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-III) de la American Psychiatric Association (López, Rivas y Taboada, 2010).

Posteriormente, estuvo vigente la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DMS-IV. Éste enmarcaba el Autismo dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGDs). Los TGDs incluían el trastorno autista, el Trastorno de Rett, el Trastorno Desintegrativo Infantil, el Trastorno de Asperger y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado. (He usado el pasado en la redacción del párrafo porque esta versión del DSM ya es antigua al salir la V y por tanto en la versión V es en la que uso el tiempo verbal presente)

Actualmente está en vigencia la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V. El cual reconoce al autismo dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo. Además, el autismo pasa a denominarse Trastorno del Espectro Autista (TEA). En esta clasificación, se considera que las características fundamentales del autismo son: un desarrollo anormal o deficitarios de la interacción social y de la comunicación y un repertorio muy restringido de actividades e intereses.

Sin embargo, el International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (ICE- 10) mantiene la antigua clasificación en la que dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGDs) se incluye el Autismo infantil, Autismo atípico, Síndrome de Rett, Trastorno Desintegrativo de la Infancia, Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados, Síndrome de Asperger, otros trastornos generalizados del desarrollo, trastorno generalizado del desarrollo sin

especificación, otros trastornos del desarrollo psicológico y el trastorno del desarrollo psicológico no especificado.

1.2. Sintomatología

El autismo es un trastorno del Neurodesarrollo que afecta fundamentalmente a las habilidades comunicativas, la comprensión del lenguaje, el juego y las relaciones sociales. El diagnóstico de autismo se basa en tres pilares sintomáticos: a) El desarrollo anormal o deficiente de la interacción social; b) La existencia de problemas en la comunicación, que afecta tanto a la comprensión como a la expresión; y c) Repertorio restringido de las actividades e intereses de los pacientes. Este trastorno debe manifestarse antes de los tres primeros años de vida (Rodríguez y Rodríguez, 2002).

A continuación, se describen los aspectos más importantes del trastorno (Rodríguez y Rodríguez, 2002):

Dificultad para relacionarse con otras personas

Dificultades en el lenguaje, tanto verbal como no verbal. Muchos ellos no responden cuando se les llama por su nombre, muestran lentitud en la respuesta, no desarrollan gestos y balbucean. La forma de comunicarse es a través de monosílabos, con palabras o frases muy sencillas (tabla 1). En ocasiones utilizan a otra persona para que les de lo que necesiten sin necesidad de decirlo.

Tabla 1. Problemas en el lenguaje	
Agnosia auditiva visual	Incapacidad para decodificar el lenguaje por la vía auditiva. Suele acompañarse de epilepsia y retraso mental (en los casos más graves del autismo)
Síndrome fonológico- sintáctico	Vocalización deficiente y pobres recursos semánticos y gramaticales.
Síndrome léxico- sintáctico	Incapacidad de recordar la palabra unida al concepto.
Trastorno semántico- pragmático	Alteración del uso social del lenguaje.
Mutismo selectivo	En algunos contextos deja de hablar súbitamente.
Trastornos de la prosodia	Alteración en la entonación y el ritmo del lenguaje.
Hiperlexia	Capacidad para leer con una perfección inapropiada a la edad, aunque con una comprensión limitada.

En cuanto al movimiento, en el autismo otro aspecto distintivo son las conductas repetitivas, estereotipadas y los rituales.

En el ámbito afectivo, les cuesta relacionarse con los demás, tienden a aislarse, a tener conductas sociales inapropiadas y falta de empatía.

La ausencia del juego simbólico es un comportamiento muy llamativo en el autismo.

Las características de personalidad de estos niños son muy peculiares. Tienden a centrarse únicamente en lo que les interesa, ignorando el resto de los estímulos.

Los niños con este tipo de trastornos tienen unas habilidades cognitivas muy irregulares, que varían desde el retraso mental hasta la afectación de capacidades superiores.

Con respecto a las crisis epilépticas, este tipo de pacientes tienen riesgo de padecer crisis epilépticas que oscilan entre el 30- 40%. Los tipos de epilepsias más usuales son las crisis parciales complejas, con o sin generalización secundaria. Los niños autistas con retraso motor tienen más riesgo de padecer epilepsia.

Las anomalías del control motor no son usuales en el autismo, teniendo una maduración motora excelente con habilidades a veces inapropiadas para la edad. Sin embargo, en edades muy tempranas se puede observar hipotonía o ataxia.

Con respecto a los problemas de atención, alrededor de un tercio de los niños con TEA tienen síntomas que respaldan el diagnóstico de TDAH. (Hazen, Stornelli, O'Rourke, Koestere, y McDougle, 2014).

Además de las dificultades en el cambio de atención, algunos niños con TEA tienen dificultades en la atención selectiva. Esta dificultad puede ser evidente cuando un niño con TEA funciona bien en un entorno controlado, pero tiene una crisis o se escapa en una situación que es un desafío sensorial, como un patio de recreo o un supermercado. Los estudios neurofisiológicos han demostrado que las personas con TEA se desempeñan bien en tareas visuales o auditivas simples, pero a medida que aumenta la complejidad de estas tareas, su rendimiento se degrada (Hazen, Stornelli, O'Rourke, Koestere, y McDougle, 2014).

Los trastornos de ansiedad son altos en personas con TEA, con tasas de prevalencia que varían del 11% al 84% (Hazen, Stornelli, O'Rourke, Koestere, y McDougle, 2014).

1.3. Prevalencia

Se define la prevalencia de un trastorno o enfermedad como la proporción de individuos en una población que padecen un determinado trastorno (Alcantud, Alonso y Mata, 2016).

La prevalencia de los TEA ha sido un tema controvertido por las implicaciones que conlleva. En particular, el hecho de que aún no son claras las causas que lo originan hace que la obtención de valores epidemiológicos y la comparación adecuada entre zonas geográficas, con otras patologías, edades, etc., sea un primer paso descriptivo para lanzar hipótesis de trabajo sobre factores potencialmente causales que pudieran ser contrastados de forma experimental o clínica (Alcantud, Alonso y Mata, 2016).

La razón de las variaciones en los resultados de la prevalencia de los TEA es motivo de debate constante. Existen quienes apuntan a que los TEA son trastornos con una incidencia creciente; otros muchos apuntan que, reconociendo el incremento, lo explican parcialmente por diversas razones de orden metodológico, como los cambios de criterios diagnósticos o la mayor divulgación y conocimiento de la sintomatología entre profesionales y familiares o el desarrollo de mejores métodos de detección (Alcantud, Alonso y Mata, 2016).

No obstante, con problemas metodológicos o sin ellos, todos evidencian un crecimiento de la prevalencia más o menos significativo en los últimos 50-60 años. (Alcantud, Alonso y Mata, 2016). Además, hay que tener en cuenta que afecta más a niños que a niñas (Rodríguez y Rodríguez, 2002).

1.4. Etiología

A lo largo de la historia se han reconocido múltiples causas, aunque a día de hoy no se sabe con seguridad cual puede ser la etiología del autismo. Hacia la década de los setenta se pensaba que los padres de niños con autismo eran los culpables de que padecieran este trastorno, pero poco tiempo más tarde, hacia 1964, el doctor Bernard Rimland, psicólogo y padre de un niño con autismo postuló que podría tener causas orgánicas (Bernard Rimland, 1964). En la actualidad, se han propuesto el estudio de los posibles factores que influyen en este trastorno, como podría ser los factores genéticos y neurobiológicos, los aspectos cognitivos o la influencia de los elementos ambientales.

Dentro del estudio de los **factores genéticos** se apunta la existencia de diversas anomalías en el cariotipo del autismo, concretamente, se han detectado alteraciones en varios pares cromosómicos (excluyendo los pares 7, 14, 19 y 20) (Lubs, 1969). Por otra parte, en estudios con hermanos y gemelos monocigóticos las probabilidades aumentan en el caso de hermanos gemelos. Por otro lado, numerosas investigaciones científicas exponen la evidencia de que el autismo tiene una causa heredable. Sería uno de los desórdenes neurológicos con mayor influencia genética (Gárabe, 2012).

En el caso de los **factores neurológicos** influyentes en el autismo, la teoría más destacable fue la propuesta por Damasio y Maurer (1978). Estos autores proponen que existe un mal funcionamiento del sistema dopaminérgico, siendo el principal factor causante del autismo una disfunción cortical primaria y del tronco cerebral. En 2011 se propone que el posible origen del autismo podría deberse a una anomalía en el papel de los neurotransmisores. Uno de ellos cuyo papel es fundamental, es la serotonina. En el autismo, se observa un exceso de nivel de serotonina en sangre (Azmitia, Singh y Whitaker-Azmitia, 2011).

Otros estudios, muestran que existirían múltiples diferencias en distintas regiones cerebrales: como en el cerebelo, hipocampo o la amígdala en la que las neuronas de estas zonas parecen ser mucho más pequeñas que el resto. Además, el cerebro de personas con autismo es mucho más grande y pesado, esto sugiere que en la etapa del desarrollo fetal hay una anomalía atípica en el cerebro (Gárabe, 2012).

Por último, encontramos las **alteraciones en el ambiente**. Se han propuesto varios factores ambientales que podrían afectar al desarrollo de una persona que esté genéticamente predispuesta al

autismo: el efecto de infecciones durante el embarazo. Esta estaría relacionada con la sordera congénita, el retraso mental y diversos trastornos sensoriales. Otro factor sería la exposición y la intoxicación por metales pesados. Otros factores importantes serían la exposición a un estrés continuado durante el embarazo y el consumo de ácido fólico (Gárabe, 2012).

A pesar de las distintas hipótesis comentadas, no hay un único consenso sobre una de ellas, con lo que se piensa que el trastorno del espectro autista estaría causado por un conjunto de causas relacionadas entre sí, de ahí la complejidad de su abordaje.

1.5. Características sensoriales

La disfunción del procesamiento sensorial es un trastorno complejo del cerebro que afecta a la forma en que la persona organiza e integra los cinco sentidos: gusto, olfato, vista, oído, tacto, sentido propioceptivo (músculos y articulaciones) y sentido vestibular (movimiento). Los estudios demuestran que la gran mayoría de las personas con TEA muestran un procesamiento sensorial inadecuado (Posar y Visconti, 2018).

De acuerdo con los criterios del DSM-V, este tipo de trastorno está constituido por una reactividad aumentada o disminuida a la entrada sensorial, o por un interés inusual en los aspectos sensoriales del medio ambiente. Los siguientes son algunos de los ejemplos citados por el DSM-V: fascinación visual con luces u objetos giratorios; respuesta adversa a sonidos o texturas específicos; olor excesivo o tocar objetos; aparente indiferencia al dolor, al calor o al frío. Casi cualquier canal sensorial puede estar involucrado y la causa de esta anomalía sensorial probablemente esté relacionada con una alteración de la modulación que se produce en el Sistema Nervioso Central, que regula los mensajes neuronales relacionados con los estímulos sensoriales (Posar y Visconti, 2018).

Tipos de Procesamiento Sensorial

Se pueden identificar tres tipos de trastornos de la modulación sensorial:(Martínez, 2015).

- La hiperresponsividad supone reacciones a estímulos sensoriales desproporcionadamente intensas, rápidas o prolongadas.
- La hiporresponsividad consiste en no responder o responder de manera más lenta a determinados estímulos
- Las conductas de búsqueda sensorial persiguen experiencias sensoriales prolongadas o intensas.

En cuanto a los **estímulos visuales**, encontramos personas con autismo que evitan las luces brillantes, otras que son capaces de mirar fijamente estímulos luminosos intensos o que miran detenidamente objetos (Martínez, 2015).

A **nivel vestibular-propioceptivo**, numerosos sujetos dentro del espectro autista son hiporresponsivos. (Martínez, 2015).

En cuanto a la **estimulación táctil**, la hiperresponsividad frente a ciertas situaciones estimulares cotidianas, como ducharse, cortarse las uñas, ser tocados o entrar en contacto con determinadas texturas, origina problemas de conducta y ansiedad (Martínez, 2015).

Por lo que respecta a la responsividad a **estímulos auditivos**, se han registrado casos de hiperresponsividad a sonidos neutros junto con hiporresponsividad a estímulos auditivos lingüísticos. Las personas dentro del espectro autista no sólo experimentan un procesamiento sensorial diferente respecto al resto de población en uno o varios canales sensoriales (hiporresponsividad, hiperresponsividad o búsqueda sensorial), sino que frecuentemente hallan dificultades para integrar de forma adecuada la información proveniente de distintos sistemas sensoriales. Esto último tiene una repercusión directa sobre el lenguaje y la comunicación. (Martínez, 2015).

Finalmente, en cuanto al **sabor y el olfato**, los problemas no sólo se relacionan con la modulación (aversión y náusea frente a sabores y olores neutros para los controles), sino también con la identificación, que empeora con la edad (Martínez, 2015).

Método

Para comenzar este TFG, se realizó una primera revisión bibliográfica con el fin de documentarnos y hacer una primera aproximación sobre el tema para introducir y desarrollar los distintos puntos del trabajo, atendiendo principalmente al Trastorno del Espectro Autista y a los Trastornos Sensoriales en esta patología. Esta bibliografía documental corresponde a libros encontrados en la Biblioteca del Campus, así como a publicaciones encontradas en diferentes bases de datos, la cual nos ha proporcionado bibliografía específica sobre el tema.

Las bases de datos utilizadas para este trabajo han sido:

1. **Pubmed**, es un motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de referencias bibliográficas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. Ofrecido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.
2. **Google Scholar**, es un buscador de Google enfocado y especializado en la búsqueda de contenido y bibliografía científico-académica.
3. **Dialnet**, es un portal de difusión de la producción científica hispana especializado en ciencias humanas y sociales.
4. **AELFA**, es la revista de la Asociación Española de Logopedia Foniatría y Audiología.

Dentro de esta búsqueda, prevalecen aquellas publicaciones más recientes en lo referido al año de su publicación (2009- 2020), que sean en castellano o en inglés, y utilizando como “palabras claves” en la búsqueda las siguientes: trastorno del espectro autista, trastorno sensorial, disfunción sensorial en el autismo, autismo y logopedia.

Las publicaciones más relevantes encontradas se centran en los diferentes trastornos sensoriales en el autismo, comparación de sujetos con y sin este trastorno y las deficiencias sensoriales, afectación cerebral en el autismo y los problemas de alimentación que encontramos en este trastorno.

Resultados y discusión

La disfunción sensorial probablemente está relacionada con una **alteración de la modulación sensorial que se produce en el Sistema Nervioso Central** que regula los mensajes neuronales relacionados con los estímulos sensoriales. Aunque no se conozca el mecanismo neurológico responsable del procesamiento sensorial anormal en esta población, se han propuesto varias teorías (Sánchez, 2015).

En un artículo sobre el papel de la Corteza Prefrontal se encontró que las funciones de la Corteza Prefrontal están relacionadas con el procesamiento sensorial y la cognición social. Dicha corteza es una de las estructuras básicas asociadas a los síntomas del autismo. Diversas investigaciones han destacado la presencia de una superabundancia de neuronas en la Corteza Prefrontal. Por tanto, podemos concluir que las alteraciones en dicha Corteza contribuirían a los problemas sensoriales y estos, interferirían en el desarrollo de esta zona (Sánchez, 2015).

En el mismo artículo, mostraron otro estudio con la Red de Neuronas por Defecto. Esta red se desactiva cuando la atención se focaliza y se activa en periodos de reposo. Además, esta red está relacionada con tareas de procesamiento sensorial en el reconocimiento de caras, discriminación de emociones o atribución de estados mentales.

Cuando la Red de Neuronas por Defecto es hipoactiva, se perciben los objetos aisladamente, lo que impide la comprensión de la escena como un todo, algo que experimentan muchas personas con TEA (Sánchez, 2015).

Existen estudios que muestran una menor cantidad de Sustancia Blanca en la Circunvolución Fusiforme y en la Amígdala derecha, lo que provoca que se reduzca la tasa de contacto ocular en las interacciones sociales.

Sánchez (2015) halló una menor conectividad entre la ínsula y la amígdala lo que parece relacionarse con problemas de comunicación y con la dificultad para procesar las señales sociales. Las neuronas espejo son neuronas que se activan tanto en la observación de una acción como durante su ejecución. A lo largo de la última década, diferentes estudios han apoyado la existencia de disfunción en dicho sistema de neuronas en las personas con TEA, en especial cuando el contenido de la información es social o emocional.

Los estudios neuropatológicos han demostrado que existen interrupciones en la conectividad entre regiones corticales y subcorticales que podrían explicar el por qué se interrumpe la integración de entradas multisensoriales. Otros autores han sugerido que las anomalías estructurales y celulares del cerebelo pueden ser responsables de la disfunción sensorial en el autismo. Este estudio es relevante debido al papel que desempeña el cerebelo en la integración y modulación de la información sensorial (Casartellia, Rivab, Villa y Borgattid, 2018)

Para Hazen et al (2014), entre los síntomas sensoriales más comunes observados se encuentran los **trastornos de la modulación sensorial**, que pueden definirse como las respuestas anormales a los estímulos sensoriales que conducen a un deterioro funcional. Los trastornos de la modulación sensorial se dividen en tres categorías:

- Sobrerreactividad sensorial, un individuo experimenta angustia o muestra una respuesta negativa exagerada a la información sensorial, que conduce a la evitación e hipervigilancia del estímulo.
- Trastorno de la modulación sensorial, que es la falta de respuesta emocional. Por ejemplo, niños que no responden al dolor.
- Búsqueda sensorial, en el que el individuo manifiesta ansia o preocupación sobre ciertas experiencias sensoriales.

Entre los **instrumentos** utilizados tanto en investigación como en clínica encontramos el Perfil Sensorial, diseñado para niños entre 3 a 10 años de edad. Este perfil muestra en los diferentes dominios de la modalidad sensorial. Otro instrumento es la Prueba de Integración Sensorial, que proporciona una evaluación del funcionamiento sensorial para niños entre 4 y 8 años. Implica la observación directa del comportamiento del niño por un profesional. (Hazen, Stornelli, O'Rourke, Koesterer y McDougale, 2014).

Estos cuestionarios pueden proporcionarnos resultados valiosos, pero se basan en una perspectiva externa, sólo algunos pueden describir la experiencia sensorial en primera persona de los pacientes.

Los **estudios** que examinaron la relación entre la edad y los síntomas sensoriales han producido resultados contradictorios. Algunos sugieren que los síntomas mejoran con los años y otros no muestran relación. En dicho estudio se descubrió que la frecuencia de los síntomas sensoriales aumenta desde los 6 a los 9 años y que luego va disminuyendo gradualmente. Los autores sugieren que los síntomas pueden alcanzar su punto máximo en este momento en respuesta al estrés y los cambios ambientales, se ha sugerido que las mejoras observadas después de esta edad pueden estar relacionadas con que los niños aprendan estrategias de afrontamiento para sus síntomas y para paliar con sus dificultades. La mayoría de los estudios sugieren que las personas con un Coeficiente Intelectual más bajo y síntomas más graves tienen una mayor frecuencia de síntomas sensoriales (Hazen, Stornelli, O'Rourke, Koesterer y McDougale, 2014).

Los estudios de las respuestas fisiológicas han mostrado diferencias según la modalidad sensorial (Hazen, Stornelli, O'Rourke, Koesterer y McDougale, 2014):

- Diferencias en pacientes con autismo que producen patrones de actividad diferentes en áreas auditivas primarias y corticales en respuesta a estímulos auditivos.
- Los estudios de procesamiento visual muestran anomalías tanto en la percepción del movimiento como en la forma.
- Con respecto a la sensibilidad táctil han mostrado diferencias de percepción, incluida una mayor sensibilidad a los estímulos vibrotáctiles.

Además de los estudios de las modalidades sensoriales individuales, algunos estudios han mostrado déficit en la integración de los estímulos de más de una modalidad (integrar la entrada auditiva, visual y táctil (Hazen, Stornelli, O'Rourke, Koesterer y McDougale, 2014).

Por otro lado, diferentes autores realizaron estudios para examinar las alteraciones sensoriales en niños con Trastorno del Espectro Autista:

- Elwin, Ek, Kjellin y Schröder (2013). Describieron las experiencias sensoriales en quince niños con autismo de alto funcionamiento. En la que observaron:
 1. Hiperreactividad a los estímulos como a la luz, el sonido, el tacto, la temperatura o el olfato.
 2. Hiporreactividad, al dolor o al hambre.
 3. Fuertes preferencias sensoriales
 4. Problemas al dirigir la atención
 5. Problemas con diferentes estímulos sensoriales o motores.
 6. Consecuencias en la rutina.
- Lane, Molloy y Bishop (2014), administraron el Perfil Sensorial a los cuidadores de 228 niños con autismo. También se administró el SSP (Perfil Sensorial Corto) En este estudio se identificaron 4 grupos:
 1. Adaptativo sensorial, con una función sensorial típica.
 2. Sensible a un tipo de olor/sabor.
 3. Falta de atención postural.
 4. Diferencia sensorial generalizada.

Los cuatro tipos sensoriales no se explicaron mejor por presentar variables como son el sexo, la edad, el coeficiente intelectual o la gravedad del autismo.

- Green, Chandler, Charman, Simonoff y Baird (2016), los autores utilizando el Perfil Sensorial para comparar el comportamiento sensorial atípico en 116 niños con TEA y en 72 niños con Necesidades Educativas Especiales (NEE). Los resultados muestran que las Hipersensibilidades fueron mucho más frecuentes en pacientes con TEA. La Disfunción Sensorial de mayor gravedad en el autismo se encontró en los comportamientos restringidos y repetitivos y en los problemas del comportamiento, pero no en el Coeficiente Intelectual.
- Yasuda et al. (2016), compararon la sensibilidad objetiva al dolor, a la electricidad, al calor y al frío entre 15 pacientes con TEA y 15 pacientes con diversas patologías. Encontraron que el umbral de detección y tolerancia al dolor no se vieron afectados en los sujetos con TEA, dichos individuos eran hiposensibles. Los autores sugirieron la presencia de un deterioro de las vías cognitivas para el procesamiento del dolor.

Además de los trastornos sensoriales, en el autismo son comunes los **Trastornos de la Alimentación**. Aparecen con manifestaciones variadas, pero presentan como factor común la Hipersensibilidad Alimenticia. Algunos niños autistas muestran desde los primeros meses de vida problemas para ingerir las cantidades necesarias o en algunos casos aparecen signos de intolerancia (vómitos), pero las dificultades se acentúan cuando tienen que modificar el tipo de alimentación. Se puede observar desde el rechazo general hasta los primeros indicios de selectividad de texturas y sabores. Algunos niños con autismo presentan un problema básico de Hipersensibilidad gustativa o posibles alteraciones sensoriales en la modalidad olfativa, gustativa o táctil que ocasionan selectividad hacia determinados tipos de alimentos, de tal forma que ciertas comidas resulten muy desagradables. Por otra parte, cambiar de sabores, olores, sensaciones táctiles o de como presentarle el estímulo visual en el plato puede contribuir un reto para el Sistema Cognitivo del niño y es entonces cuando en estos sujetos se da la inflexibilidad dando lugar al rechazo absoluto de cualquier novedad alimenticia. Los padres o educadores no suelen comprender dicho rechazo y para ellos la única alternativa válida es forzar al niño a comer, con lo cual se asocia la ingesta de alimentos a estados emocionales negativos y el niño muestra rechazo, es lo que se denomina condicionamiento clásico. Normalmente el cambio de las condiciones estimulares ayuda a romper el condicionamiento como por ejemplo la asistencia a centros escolares (Ventoso y Kanner, 2000).

Los padres de los niños con TEA suelen informar de que sus hijos son comedores muy selectivos, con repertorios muy restringidos de aceptación de alimentos. La alimentación selectiva o selectividad de los alimentos es un problema considerable porque puede asociarse con una nutrición inadecuada como resultado de la dieta restringida. Además, la selectividad de los alimentos no se ha definido de manera coherente y se ha utilizado para referirse a los rechazos de alimentos, repertorios limitados de alimentos, a la ingesta excesiva de unos pocos alimentos y a la ingesta selectiva de ciertas categorías de alimentos. Numerosas investigaciones sugieren que los factores sensoriales como el olor, textura, color y la temperatura pueden contribuir a la selectividad de los alimentos.

Diversos factores pueden contribuir a la selectividad de los alimentos y se ha propuesto que esos factores se relacionan con la Sensibilidad Sensorial (defensividad sensorial o exceso de sensibilidad sensorial (Sharon, Curtin y Linda, 2010). La defensividad oral, es un componente de la defensividad táctil, y se define como la evitación a ciertas texturas de alimentos y a la evitación de actividades que utilizan la boca, como el cepillarse los dientes. La excesiva capacidad de respuesta oral (defensividad) puede dar lugar a dificultades con las texturas de los alimentos y a la selectividad de los mismos. Dicha defensividad también se traduce con la mordedura de los labios internos y mejillas. Por otro lado, la falta de respuesta oral puede dar lugar a que el niño llene demasiado la boca (Sharon, Curtin y Linda, 2010).

Conclusión

La disfunción sensorial evidenciada en los TEA se acompaña de una **alteración a nivel del Sistema Nervioso Central**.

Los **síntomas sensoriales** más comunes son los trastornos de la Modulación Sensorial, y dentro de él, el que tiene una mayor prevalencia es la Sobrerreactividad Sensorial.

Además de los trastornos sensoriales, en el autismo son comunes los **trastornos de la alimentación**. La mayoría de los padres de estos pacientes indican que sus hijos son muy selectivos y tienen repertorios muy restringidos de aceptación de alimentos. Esto se ve influido por factores sensoriales como son el olor, la textura, color, temperatura o empaquetado.

Para finalizar, sería muy importante comprender lo que realmente perciben, pero solo algunos pacientes son capaces de describirlo debido al deterioro grave del lenguaje y las habilidades cognitivas. Hay que tener en cuenta que para realizar una evaluación formal de la función sensorial siempre debe realizarse dentro de la evaluación neuroconductual de estos pacientes y hay que repetirla periódicamente durante el seguimiento, para evitar la aparición de problemas de conducta y para aliviar las dificultades de sus familias. Además, se deben realizar más investigaciones, para comprender mejor las posibles vías neurobiológicas (genéticas, neurofisiológicas y de neuroimagen) afectadas en estos pacientes.

Bibliografía

- Alcantud, F., Alonso, Y., y Mata, S. (2017). Prevalence of Autism Spectrum Disorders: data review. Ediciones Universidad de Salamanca, 47 (4), 7- 26.
- American Psychiatric Association (APA). (1997). DSM IV. Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. Barcelona: Masson.
- Azmitia, E. C., Singh, J. S. y Whitaker-Azmitia, P. M. (2011). Increased serotonin axons (immunoreactive to 5-HT transporter) in postmortem brain from young autism donors. *Neuropharmacology*, 60(7-8), 1347-1354.
- CIE-10 (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.
- Damasio, A. R. y Maurer, R. G. (1978). A neurological model for childhood autism. *Archives in Neurology*, 35(12), 777-786.
- Dominick, K.C., Davis N.O., Lainhart J., Tager-Flusberg H. y Folstein (2007) Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment. *Res Dev Disabil*, 28, 145-162.
- Elwin, M., Kjellin, L. y Schröder, A. (2013). Demasiado o muy poco: hiperreactividad e hiporeactividad en condiciones de espectro de autismo de alto funcionamiento. *J Intellect Dev Disabil*, 38, 232 – 241.
- Garabé, J. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Mental*, 35(3), 257-261.
- Green, D., Chandler, S., Charman, T., Simonoff, E. y Baird, G. (2016). Breve informe: Conductas sensoriales DSM-5 en niños con y sin trastorno del espectro autista. *J Autism Dev Disord*, 46, 3597 - 3606
- Hazen, E., Stornelli, J. L., O'Rourke, J. A., Koesterer, K., y McDougle, C.J. (2014). Sensory Symptoms in Autism Spectrum Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 22 (2), 112-124.
- Klein, U. y Nowak, A.J. (1999) Characteristics of patients with autistic disorder (AD) presenting for dental treatment: A survey and chart review. *Spec Care Dentist*, 19, 200-207.
- Martínez, S., (2015). The role of the prefrontal cortex in the sensory problems of children with autism spectrum disorder and its involvement in social aspects. *Revista de Neurología*, 60 (1), 19-24.
- Lane, A. E., Molloy, C. A. y Bishop, S. L. (2014) Classification of children with autism spectrum disorder by sensory subtype: a case for sensory-based phenotypes. *Autism Res*, 7: 322-33.
- López, S., Rivas, R. M. y Taboada, E. M. (2011). Historia del trastorno autista. *Apuntes de Psicología*, 28 (1), 51-64.
- Lubs, H. (1969). A marker X chromosome. *Am J Hum Genet*, 21, 231-244
- Poscar, A. y Visconti, P. (2018). Alteraciones sensoriales en niños con trastorno del espectro autista. *Jornal de Pediatria*, 94 (4), 342-350.
- Rodríguez, A. C., y Rodríguez, M. A. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. *Revista de Neurología*, 34 (1), 72- 77.
- Schreck, K. A. y Williams, K. (2006). Food preferences and factors influencing food selectivity for children with autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil*, 27, 353-363.
- Tavassoli, T. et al (2016). Medición de la reactividad sensorial en el trastorno del espectro autista: aplicación y simplificación de una escala de observación sensorial administrada por un médico. *J Autism Dev Disord*, 46, 287-293
- Yasuda, Y. et al (2016). Anormalidades sensoriales cognitivas del dolor en el trastorno del espectro autista: un estudio de casos y controles. *Ann Gen Psychiatry*, 15, 8.
- Williams, K.E., Gibbons, B. G. y Schreck, K.A (2005). Comparing selective eaters with and without developmental disabilities. *J Dev Phys Disabil*, 17, 299-309.
- Whiteley, P., Rodgers, J. y Shattock, P. (2000) Feeding patterns in autism. *Autism*, 4, 207-211.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Evaluación de la inteligencia emocional en la infancia y adolescencia: actualización de una revisión sistemática

Trabajo de fin de grado de Christiane Arrivillaga Almoguera,
tutorizado por Natalio Extremera Pacheco

Resumen

El campo de la inteligencia emocional (IE) se encuentra consolidado a nivel teórico y empírico gracias al desarrollo de instrumentos válidos y fiables. Sin embargo, la mayoría de los estudios se han realizado con población adulta y en un contexto anglosajón. Por ello, el conocimiento sobre la evaluación de la IE en población infantil y adolescente en entornos hispanohablantes es más escaso. La presente investigación tuvo por objetivo actualizar los resultados de una revisión sistemática realizada en el 2018, en la que se analizaron las medidas en castellano para evaluar la IE en población infanto-juvenil. En la presente actualización se consultaron ocho bases de datos, utilizando combinaciones de los términos inteligencia emocional, infancia, adolescencia y evaluación, acotando la búsqueda a artículos posteriores a la fecha de la revisión anterior. Se cribaron 94 artículos, de los cuales 19 fueron añadidos a esta actualización. En concordancia con la revisión anterior, se corroboró que la mayoría de los estudios fueron realizados con población adolescente y empleando cuestionarios. Se hallaron cuatro medidas nuevas, no registradas en la revisión anterior. La discusión se orienta hacia la reflexión sobre la evaluación de la IE atendiendo a las características de los instrumentos y de la población diana.

Palabras clave: inteligencia emocional, revisión sistemática, evaluación, infancia, adolescencia.

Abstract

The field of emotional intelligence (EI) has been established thanks to the development of reliable and valid measures. Nonetheless, most studies have been conducted on adult and English-speaking populations. Thus, findings about children's and adolescents' EI assessment in Spanish-speaking populations is still scarce. The present research aimed at updating the results of a systematic review conducted on 2018, where the EI assessment instruments for children and adolescents available in Spanish were analyzed. In the present update we searched for combinations of the words emotional intelligence, childhood, adolescence and assessment in eight databases. Results were restricted to the dates following the previous research was conducted. Ninety-four articles were screened, and nineteen were included in the present update. In agreement with the previous review, we found that most studies included adolescent samples and used self-report questionnaires. Four new measures were found in the present update. We discuss and reflect about the importance of considering the developmental stage and the characteristics of each measurement in the assessment of EI.

Keywords: emotional intelligence, systematic review, assessment, childhood, adolescence.

1. Introducción

En 1990 Peter Salovey y John Mayer publican un artículo titulado “*Emotional Intelligence*” que inicia con una pregunta sobre la posible contradicción en el término. Más de tres décadas después, el campo de la inteligencia emocional (en adelante, IE) se encuentra consolidado ya que numerosas investigaciones apoyan la noción de que las emociones cumplen un papel fundamental en el desarrollo del pensamiento y el comportamiento. Revisiones de literatura e investigaciones meta-analíticas aportan evidencia sólida para respaldar que la IE se asocia con niveles más altos de bienestar subjetivo (Sánchez-Álvarez et al., 2016), con una mejor salud mental, psicósomática y física (Martins et al., 2010; Schutte et al., 2007), con un mejor desempeño laboral (O’Boyle et al., 2011) y académico (MacCann et al., 2020) y con una más alta satisfacción con el trabajo (Miao et al., 2017). Así mismo, se ha encontrado que tener altos niveles de IE se relaciona negativamente con la depresión (Fernández-Berrocal y Extremera, 2016), el estrés (Lea et al., 2019), la agresividad (García-Sancho et al., 2014), las adicciones (Kun y Demetrovics, 2010) y el desajuste psicológico (Resurrección et al., 2014).

La IE se ha estudiado desde diversas perspectivas. Por una parte, el enfoque que ha evolucionado desde la primera concepción del constructo, de la mano de Salovey y Mayer (1990), se puede encontrar en la literatura como modelo de habilidad o de ramas. Desde el mismo, la IE puede entenderse como un conjunto de habilidades cognitivas que implican el procesamiento de la información emocional, abarcando la percepción de las emociones propias y ajenas, la facilitación del pensamiento utilizando las emociones, la comprensión emocional y el manejo emocional (Mayer et al., 2016).

Por otra parte, ha surgido una serie de modelos mixtos que incluyen habilidades similares a las mencionadas e incorporan otros aspectos estudiados tradicionalmente como rasgos de personalidad (Mayer et al., 2008). En 1995, la publicación del libro “*Emotional intelligence*” de Daniel Goleman popularizó el término y dio pie a un modelo mixto que propone que la IE comprende el conocimiento de uno mismo, el manejo emocional, la automotivación, la empatía y el manejo de las relaciones interpersonales. Desde una perspectiva similar, Bar-On (2006) propone un modelo en el que se define a la IE como un conjunto interconectado de habilidades, competencias y herramientas facilitadoras a nivel emocional y social, que determinan la forma en la que comprendemos y nos relacionamos con los demás. Este autor sugiere que la IE comprende cinco dimensiones: habilidades intrapersonales e interpersonales, manejo del estrés, adaptabilidad y humor general. Finalmente, un enfoque semejante propuesto por Petrides y Furnham (2001) plantea que la IE, como un rasgo de personalidad, puede definirse como un conjunto que abarca una serie de disposiciones comportamentales, así como la percepción sobre las propias capacidades emocionales.

El debate sobre la conceptualización de la IE conduce a una multiplicidad de formas de evaluación, lo cual ha llevado a Joseph y Newman (2010) a proponer tres formas para estudiar la IE, entendiéndola como (a) una habilidad basada en rendimiento, (b) una habilidad auto informada o (c) un conjunto de competencias mixtas auto informadas. Así, dentro del primer grupo se encontrarían las denominadas pruebas de rendimiento máximo, de las cuales algunos ejemplos son el *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT; Mayer, Salovey y Caruso, 2002) o el *Test de Inteligencia Emocional de la Fundación Botín* (TIEFBA; Fernández-Berrocal et al., 2018). Dentro del segundo grupo se encuentran las pruebas de rendimiento típico o cuestionarios como el *Trait Meta Mood Scale* (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995), el *Schutte Self Report Inventory* (SSRI; Schutte et al., 1998) y el *Wong and Law Emotional Intelligence Scale* (WLEIS; Wong y Law, 2002). Finalmente, en el tercer grupo se han utilizado cuestionarios como el *Emotional Competence Inventory* (ECI; Boyatzis y Burckle, 1999), el *Emotional Quotient Inventory* (EQi; Bar-On, 1997) y el *Trait Emotional Intelligence Questionnaire* (TEIQue; Petrides y Furnham, 2001), entre otros.

Durante la fase inicial de desarrollo del constructo, la IE fue estudiada principalmente en población adulta, por lo que la previa síntesis sobre los diversos modelos teóricos y de evaluación corresponde a dicha población. El desarrollo emocional en la infancia y la adolescencia se ha investigado desde más perspectivas que las descritas sobre la IE, por lo que el panorama se complejiza aún más al considerar los modelos sobre la educación emocional, el aprendizaje socioemocional, las competencias socioemocionales, entre otros (i.e. Bisquerra, 2009; Denham, Wyatt, Bassett, Echeverría y Knox, 2009; Humphrey et al., 2011).

De forma análoga a lo que ocurre con la población adulta, la diversidad teórica conlleva diversidad metodológica, por lo que también en la población infantil y juvenil se encuentran múltiples sistemas que abordan desde la evaluación de un conjunto de competencias emocionales, sociales o una combinación de ambas, hasta tareas que se enfocan en un solo aspecto (Denham, Wyatt, Bassett, Echeverría y Knox, 2009; Halle y Darling-Churchill, 2016). De hecho, Humphrey y colaboradores (2011) realizaron una revisión sobre instrumentos de medición de competencias sociales y emocionales en población

infantil y hallaron doce herramientas, de las cuales solo una implicaba la medición del constructo IE. En el 2018, los presentes autores llevaron a cabo una revisión sistemática de instrumentos de evaluación de la IE en niños, niñas y adolescentes, en la cual encontraron el empleo de diecisiete medidas utilizadas para valorar aspectos emocionales en esta población.

A la mencionada diversidad teórica y de medición sobre el desarrollo emocional, en los contextos hispanohablantes se añade una complejidad referente a la importación de instrumentos desde contextos anglosajones. En la revisión llevada a cabo por Arrivillaga y Extremera (2020), se observó que diez de los instrumentos encontrados tienen un origen anglosajón. Si bien el empleo de herramientas que hayan sido diseñadas originalmente para determinados contextos y/o poblaciones es una práctica habitual en la psicología y no supone una limitación en sí, el problema surge cuando estos instrumentos se utilizan sin haber sido sometidos a un proceso riguroso de adaptación y validación.

Con frecuencia, los instrumentos importados solo han sido traducidos del inglés al castellano, lo cual constituye apenas uno de los pasos que se deben tomar a la hora de adaptar una evaluación. Dentro de las orientaciones de la Comisión Internacional para la traducción y adaptación de pruebas (International Test Commission, 2017) se sugiere tener en consideración aspectos vinculados tanto a lo lingüístico como a lo cultural, aportar evidencia de que tanto el contenido de la evaluación como el formato de los ítems y las escalas utilizadas tengan el mismo significado para la población diana y realizar estudios piloto en muestras representativas para analizar las propiedades psicométricas en dicha población. Adicionalmente, Chen (2008) discute sobre el impacto negativo que puede tener el utilizar instrumentos que no han sido adaptados culturalmente de forma adecuada sobre la calidad de las inferencias que se realizan con base en la investigación. De hecho, algunos autores coinciden en que es necesario contar con instrumentos que se encuentren correctamente adaptados y validados para la evaluación de la IE en población infantil y juvenil en contextos hispanohablantes (e.g., Cobos-Sánchez, Fluja-Contreras y Gómez-Becerra, 2017; Fernández-Angulo, Quintanilla y Giménez-Dasi, 2016; Ramírez-Lucas, Ferrando y Sáinz, 2015).

A partir de los argumentos mencionados, Arrivillaga y Extremera (2020) realizaron una revisión sistemática cuyo objetivo fue analizar el estado de la cuestión sobre la evaluación de la IE en población infantil y juvenil en contextos hispanohablantes. Dicho trabajo fue realizado durante los meses de abril a junio del 2018 y el procedimiento implementado puede consultarse en el artículo referenciado. Los 68 artículos que fueron incluidos dentro de la revisión permitieron arribar a varias conclusiones. En cuanto a la población estudiada, se observó que la mayoría de los estudios (55) fueron realizados con población española y solo doce con población latinoamericana. Así mismo, se halló que el momento evolutivo más estudiado fue la adolescencia temprana y media, es decir, jóvenes de entre 12 y 17 años, lo cual corresponde a los cursos de Educación Secundaria. En cuanto a los instrumentos utilizados, se halló que la mayoría de las investigaciones emplearon cuestionarios de autoinforme (63) y solo nueve estudios utilizaron pruebas de rendimiento máximo. Se encontró que diversas versiones de diecisiete instrumentos diferentes fueron utilizadas para medir la IE en niños, niñas y/o adolescentes. El cuestionario utilizado con mayor frecuencia fue el Trait Meta Mood Scale (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995), en la versión adaptada por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004) conocida como TMMS-24, seguido del Emotional Quotient Inventory (EQi; Bar-On, 1997) en diversas versiones. En línea con este resultado, se observó que el modelo teórico más frecuentemente referenciado fue el modelo de habilidades de Salovey y Mayer (1990), seguido del modelo mixto de Bar-On (2006).

A partir de los hallazgos de dicho trabajo (Arrivillaga y Extremera, 2020), el presente estudio tiene por objetivo analizar la evolución de las tendencias halladas previamente sobre la evaluación de la IE en población infantil y juvenil en contextos hispanohablantes.

2. Método

Para alcanzar el objetivo planteado, se actualizó la revisión anterior realizando una búsqueda en el mes de abril del 2021. Se consultaron ocho de las diez bases de datos empleadas previamente (Bibliografía de Literatura Española, ERIC, Psycarticles, Psychology Database, PsycInfo, Medline, Scopus y Scielo) y se utilizó el metabuscador ProQuest para agrupar las primeras seis bases. Se restringió la búsqueda a artículos que hubieran sido publicados con fecha posterior a abril del 2018. En Scopus y Scielo el filtro de fecha permitía la restricción por año y no por mes, por lo que se consultaron artículos con publicación a partir del 2018 y se excluyeron manualmente las coincidencias con la revisión anterior. En general, se utilizaron combinaciones de los términos “inteligencia emocional”, infancia, adolescencia y evaluación, en castellano y en inglés. La Tabla 1 muestra los términos utilizados específicamente en cada base de datos, así como el número de artículos hallados en cada una. Se emplearon los mismos términos que en la revisión del 2018.

La primera autora realizó una criba de los 94 artículos hallados buscando en el título, el resumen y el apartado de métodos de cada artículo si se cumplían los siguientes criterios de inclusión: (1) investigaciones empíricas, (2) población con una edad media menor a diecisiete años, (3) evaluación de la IE o al menos más de una dimensión referida exclusivamente a aspectos emocionales, (4) evaluación en castellano. Se excluyeron 75 artículos por no cumplir con uno o más de dichos criterios. La causa más frecuente de exclusión fue que la edad media de la población era superior a 17 años, seguida de que no se realizaba una evaluación de más de una dimensión emocional.

Los diecinueve artículos que pasaron el proceso de cribado fueron leídos a texto completo e incluidos en la revisión final. De estos, trece artículos se hallaron en ProQuest, cuatro en Scielo y dos en Scopus. Solo se incluyeron los artículos que se encontraron en la búsqueda inicial (e.g., no se consideraron artículos de ninguna lista de referencias, artículos conocidos por otros medios, etc.). Se registró la información de cada investigación con respecto a dos grandes categorías: (1) población estudiada e (2) instrumentos de evaluación. Sobre la primera, se registró el tamaño de la muestra, el rango etario y la procedencia geográfica. Sobre la segunda categoría se registró el tipo de instrumento, la versión empleada, el modelo teórico de base y la información reportada sobre la fiabilidad (consistencia interna).

Tabla 1
Bases de datos, términos utilizados y resultados de la búsqueda inicial

Base de datos	Términos utilizados	Resultados iniciales
ProQuest: Bibliografía de Literatura Española, ERIC, Psycarticles, Psychology Database, PsycInfo y Medline.	("inteligencia emocional" AND (evaluación OR medición) AND (infancia OR niñez OR adolescencia OR juventud)) AND peer(yes).	57
Scopus	"inteligencia emocional" AND (adolescencia OR infancia).	5
	"emotional intelligence" AND ab (childhood OR child OR adolescence OR adolescent) AND ab (assessment OR evaluation OR measurement) AND (adaptation OR validation).	22
Scielo	ab ("inteligencia emocional" AND (adolescencia OR infancia OR niñez)).	3
	ab ("emotional intelligence" AND (adolescent OR adolescence OR childhood)).	7
Total		94

3. Resultados

En la Tabla 2 se presentan los resultados de la revisión. Se sugiere consultar para ver el detalle de cada artículo incluido. Como se puede observar, la procedencia geográfica de la población estudiada para quince de los artículos analizados fue España, mientras que cuatro artículos se realizaron en algún país de Latinoamérica: Argentina, Cuba, México y República Dominicana. El rango del tamaño muestral de los estudios fue de 61 a 3512, con una media de 908 ($DT = 809$). Utilizando la clasificación de Denham, Wyatt, Bassett, Echeverría y Knox (2009) para los momentos evolutivos, se observó que dos estudios trabajaron con muestras en edad escolar (7-11 años), otros dos con adolescentes en etapa temprana (12 a 14 años) y uno con adolescentes en etapa media (15 a 17 años). En trece artículos la muestra estuvo compuesta tanto por adolescentes en etapa temprana como media. En ningún artículo se trabajó con muestras en edad preescolar (3 a 6 años).

En relación con los instrumentos de evaluación, se observó que en catorce estudios se utilizaron cuestionarios de autoinforme, en uno se empleó una prueba de rendimiento máximo (paradigma de juicio situacional) y en dos se utilizaron ambos tipos de instrumentos. Se observó que doce estudios citaban como referencia de dichos instrumentos al modelo teórico que asume la IE como una habilidad cognitiva (Salovey y Mayer, 1990). Seguido en frecuencia, se encontró que el modelo de Bar-On (2006) fue la base para el instrumento utilizado en tres estudios. El modelo de competencias emocionales de Bisquerra y Pérez (2007) fue la base para dos instrumentos (utilizados en el mismo artículo), mientras que los modelos de competencia emocional (Saarni, 2000), de comprensión emocional (Pons, Harris y Rosnay, 2004) y de covitalidad (Furlong et al., 2014) fueron la orientación para los instrumentos empleados en tres artículos. En dos estudios no se menciona el modelo sobre el desarrollo emocional que respalda a la medida empleada.

En línea con los resultados anteriores, se observó que el instrumento más frecuente fue el Trait Meta Mood Scale. La versión más utilizada fue el TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004) el cual se empleó en diez estudios, mientras que un estudio utilizó una versión denominada TMMS-21 (Calero, 2013) y otro una adaptación denominada TMMS-22 (Martín-Albo, Núñez y León, 2010). Con base en el mismo modelo teórico (Salovey y Mayer, 1990), se observó que dos estudios utilizaron el TIEFBA (Fernández-Berrocal, et al., 2018). Por otra parte, con base en el modelo de Bar-On (2006), se observó que tres estudios utilizaron el EQi-YV, citando a la fuente original del instrumento (Bar-On y Parker, 2000). En cada uno de estos artículos se hizo referencia a la traducción realizada por Caraballo y Villegas (2001), a la validación de Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz (2012) y a las propiedades psicométricas analizadas en el artículo de Sáinz, Ferrándiz, Fernández y Ferrando (2014).

En cuanto a los instrumentos utilizados con menor frecuencia, en primer lugar, se observó que el modelo de Bisquerra y Pérez (2007) fue la base para dos cuestionarios: el cuestionario de desarrollo emocional (CDE 9-13; López y Pérez, 2010) y el cuestionario de desarrollo emocional-Secundaria (CDE-SEC; Pérez-Escoda, Álvarez y Bisquerra, 2008). En segundo lugar, el modelo de competencia emocional (Saarni, 2000) sirvió de base para el cuestionario de habilidades y competencias emocionales (Emotional Skills and Competencies Questionnaire: ESCQ). En el artículo se cita una adaptación al castellano realizada por Extremera y Fernández-Berrocal (Faria et al., 2006), mas en el mismo se propone realizar una adaptación propia. En tercer lugar, el modelo de comprensión emocional (Pons, Harris y Rosnay, 2004) fue la base para el Test de Comprensión Emocional (Test of Emotion Comprehension), originalmente diseñado por los mismos autores y que se propuso adaptar y validar en el artículo revisado. En cuarto lugar, el modelo de covitalidad (Furlong et al., 2014) fue la base para la encuesta de salud socioemocional para secundaria (Social Emotional Health Survey-Secondary, SEHS-S) desarrollada por los mismos autores y que fue adaptada y validada por Piqueras y colaboradores (2019). En quinto lugar, los dos artículos en los que no se hace referencia a un modelo concreto se utiliza el mismo instrumento sin una referencia específica. Las descripciones de éste sugieren el abordaje desde el paradigma de juicio situacional y las dimensiones que se incluyen en el instrumento son: motivación, conocimiento de sí, autoconcepto, autocontrol, empatía y habilidades sociales (Pulido-Acosta y Herrero-Clavero, 2018; 2020).

Finalmente, se observó que las versiones del TMMS mostraron una consistencia interna entre aceptable y excelente. Concretamente, en la dimensión de atención se obtuvo un alfa de Cronbach que fue de 0,77 a 0,91, en la dimensión de claridad de 0,75 a 0,92 y en la de reparación de 0,75 a 0,90. Aunque este cuestionario no admite una puntuación global, algunos estudios reportaron que la consistencia interna de la escala completa fue de 0,84 a 0,91. Con respecto al EQi-YV, los coeficientes fueron más bajos en todas las dimensiones del instrumento: intrapersonal (0,40 – 0,70), interpersonal (0,60 – 0,73), adaptabilidad (0,71 – 0,80), manejo del estrés (0,70 – 0,71) y estado de ánimo general (0,85). En general, en el resto de los instrumentos se reportaron adecuados índices de consistencia interna.

Tabla 2
Síntesis de resultados de la revisión

Referencia	Procedencia	Tamaño muestra	Rango de edad	Tipo de instrumento	Modelo teórico	Instrumento	Versión	Alfa de Cronbach
Angulo, Guerra y Blanco (2018)	Cuba	200	8-10	Prueba juicio situacional	Modelo de comprensión emocional (Harris, Pons y Rosnay, 2004)	Test de Comprensión Emocional (Test of Emotion Comprehension)	Adaptación autores. Original (Pons, Harris y Rosnay, 2004)	Nr
Bonet, Palma, Santos (2020)	España	65	12-17	Cuestionario	IE (Salovey y Mayer, 1990)	TMMS-24	Adaptación (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)	Nr
Broc (2019)	España	245	12-17	Cuestionario	IE (Bar-On, 2006)	EQi-YV	Adaptación autor	Nr
Cabello, Pérez, Ros y Filella (2019)	España	1477	10-14	Cuestionario	Bisquerra y Pérez (2007)	Cuestionario de desarrollo emocional (CDE 9-13)	Original (López y Pérez, 2010)	Total: 0,92
				Cuestionario	Bisquerra y Pérez (2007)	Cuestionario de desarrollo emocional-Secundaria (CDE-SEC)	Original (Pérez-Escoda, Álvarez y Bisquerra, 2008)	Total: 0,83

EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: ACTUALIZACIÓN DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Calero, Barreyro, Formoso y Injoque-Ricle (2018)	Argentina	399	13-19	Cuestionario	IE (Salovey y Mayer, 1990)	TMMS-21	Adaptación (Calero, 2013)	Atención: 0,79; Claridad: 0,86; Reparación: 0,86
Cañas, Estévez, Marzo y Piqueras (2019)	España	1318	11-18	Cuestionario	IE (Salovey y Mayer, 1990)	TMMS-22	Adaptación (Martín-Albo, Núñez y León, 2010)	Atención: 0,91; Claridad: 0,86; Reparación: 0,87; Total: 0,91
Falcó, Marzo, Piqueras (2020)	España	438	12-18	Cuestionario	Modelo de covitalidad (Furlong et al., 2014)	Encuesta de salud socioemocional para secundaria (Social Emotional Health Survey-Secondary, SEHS-S)	Adaptación (Piqueras et al., 2019), Original (Furlong et al., 2014)	Subescalas: 0,60 y 0,90; Escalas principales: 0,74- 0,89; Total: 0,91
				Cuestionario y Habilidad	IE (Salovey y Mayer, 1990)	TMMS-24	Adaptación (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)	Atención: 0,87; Claridad: 0,85; Reparación: 0,82
González-Yubero, Palomera, Lázaro (2019)	España	844	12-16	Prueba juicio situacional		TIEFBA	Original	Percepción: 0,86; Facilitación: 0,78; Comprensión: 0,80; Manejo: 0,76
				Cuestionario	IE (Salovey y Mayer, 1990)	TMMS-24	Adaptación (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)	Atención: 0,87; Claridad: 0,85; Reparación: 0,82
González-Yubero, Lázaro, Palomera (2020)	España	799	12-16	Prueba Juicio situacional		TIEFBA	Original	Percepción: 0,86; Facilitación: 0,78; Comprensión: 0,80; Manejo: 0,76
				Cuestionario	IE (Salovey y Mayer, 1990)	TMMS-24	Adaptación (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)	Atención: 0,87; Claridad: 0,85; Reparación: 0,82
Guerrero-Barona, Sánchez-Herrera, Moreno-Manso, Sosa-Baltasar y Durán-Vinagre (2019)	España	402	12-19	Cuestionario	IE (Salovey y Mayer, 1990)	TMMS-24	Adaptación (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)	Atención: 0,90; Claridad: 0,90; Reparación: 0,86
				Cuestionario	IE (Salovey y Mayer, 1990)	TMMS-24	Adaptación (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)	Atención: 0,77; Claridad: 0,75; Reparación: 0,75
Jiménez, Sáez, Esnaola (2020)	República Dominicana	1030	11-19	Cuestionario	IE (Bar-On, 2006)	EQI-YV	Adaptación	Intrapersonal: 0,40; Interpersonal: 0,60; Adaptabilidad: 0,71; Manejo del estrés: 0,71
Juanmartí, Bernal, Puig y Matas (2019)	España	61	13-17	Cuestionario	IE (Salovey y Mayer, 1990)	TMMS-24	Adaptación (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)	Nr
Pulido-Acosta y Herrera-Clavero (2020)	España	811	12-17	No queda claro	No se indica.	Sin nombre	Original	Total: 0,77
Pulido-Acosta y Herrera-Clavero (2018)	España	764	7-12	No queda claro	No se indica.	Sin nombre	Original	Total: 0,87
				Cuestionario	IE (Salovey y Mayer, 1990)	TMMS-24	Adaptación (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)	Nr
Schoeps, Tamarit, Montoya-Castilla y Takšić (2019)	España	1300	12-15	Cuestionario	Modelo competencia emocional (Saarni, 2000)	Cuestionario de habilidades y competencias emocionales (Emotional Skills and Competencies Questionnaire: ESCQ)	Adaptación (Faria et al., 2006), Original (Takšić et al., 2009)	Percepción y comprensión: 0,84; Expresión y etiquetado: 0,90; Manejo y regulación: 0,79; Total: 0,94

Usán, Salavera y Mejías (2020)	España	1756	12-18	Cuestionario	IE (Salovey y Mayer, 1990)	TMMS-24	Adaptación (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)	Atención: 0,89; Claridad: 0,90; Reparación: 0,86; Total: 0,88
Usán y Salavera (2018)	España	3512	12-18	Cuestionario	IE (Salovey y Mayer, 1990)	TMMS-24	Adaptación (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)	Atención: 0,79; Claridad: 0,83; Reparación: 0,82; Total: 0,84
Vaquero-Solís, Amado-Alonso, Sánchez-Oliva, Sánchez-Miguel y Iglesias-Gallego (2020)	España	431	12-16	Cuestionario	IE (Bar-On, 2006)	EQI-YV	Adaptación	Intrapersonal: 0,70; Interpersonal: 0,73; Adaptabilidad: 0,80; Manejo del estrés: 0,70; Estado de ánimo general: 0,85
Veytia-López, Calvete, Sánchez-Álvarez y Guadarrama-Guadarrama (2019)	México	1417	14-19	Cuestionario	IE (Salovey y Mayer, 1990)	TMMS-24	Adaptación (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)	Atención: 0,90; Claridad: 0,92; Reparación: 0,90

Nota. En la columna que informa sobre el alfa de Cronbach N_r = no reportado.

4. Discusión

El presente estudio tuvo por objetivo analizar la evolución de las tendencias sobre la evaluación de la IE en población infantil y juvenil en contextos hispanohablantes halladas en la revisión sistemática de Arrivillaga y Extremera (2020). En dicha investigación se halló que la procedencia geográfica de la mayoría de los participantes fue española, mientras que una minoría pertenecían a distintos países de Latinoamérica. Dicha tendencia fue corroborada en esta actualización de la revisión. Una explicación posible para este resultado podría relacionarse con la indexación de las revistas científicas en las que mayoritariamente publica la comunidad científica latinoamericana. Salatino (2017) analiza el espacio latinoamericano de revistas científicas señalando que éste se caracteriza por una predominancia de revistas que no están indexadas o que solo lo están en una base regional. Adicionalmente, el autor destaca que dicho espacio escapa a la corriente principal de circuitos de publicación (*i.e.*, revistas editadas en inglés con altos índices de impacto), lo cual puede haber influenciado los resultados de la búsqueda de la presente revisión. En esta línea, se vuelve a resaltar que las diferencias a nivel cultural existentes incluso entre países de habla hispana podrían estar condicionando la evaluación de la IE utilizando los mismos instrumentos sin un proceso de adaptación adecuado.

Otra de las tendencias observadas refiere al estudio predominante con participantes adolescentes, la cual también fue corroborada en la presente revisión. Se considera que dicha tendencia se asocia directamente al tipo de instrumento utilizado con mayor frecuencia: los cuestionarios de autoinforme. Previamente (Arrivillaga y Extremera, 2020) se ha discutido que es necesario que los participantes tengan determinado nivel de desarrollo cognitivo (*e.g.*, lectura) y metacognitivo (*e.g.*, capacidad para atender y reflexionar sobre los propios procesos emocionales) para completar de forma adecuada este tipo de instrumentos. En la adolescencia, a diferencia de la infancia, sí existe el desarrollo adecuado para completar de manera satisfactoria los cuestionarios de autoinforme. Por otra parte, el empleo de cuestionarios supone una serie de ventajas sobre las pruebas de habilidad, como la facilidad de aplicación y corrección y, en algunos casos, el acceso abierto al instrumento. Así, se encuentra un circuito entre el momento evolutivo de la población y el tipo de instrumentos empleados. Entonces, una cuestión para analizar sería cuál es el elemento determinante: ¿el interés en la población adolescente o las ventajas de los cuestionarios?

La respuesta a esta pregunta puede orientar la reflexión sobre nuestras prácticas en la investigación. Al respecto, O'Connor y colaboradores (2019) discuten que cuando en una investigación es importante discernir si hay una comprensión real de las emociones y es necesario conocer las habilidades y competencias emocionales de la persona, lo más adecuado sería emplear medidas basadas en el rendimiento. Algunos ejemplos hallados en la presente revisión son el TIEFBA (Fernández-Berrocal et al., 2018) y el Test de comprensión emocional (Pons, Harris y Rosnay, 2004). Bajo esta orientación, se podría sugerir que este tipo de medidas son adecuadas cuando se pretende evaluar la eficacia de una intervención para el entrenamiento de la IE o cuando el interés está centrado en el estudio de comportamientos de riesgo de las y los adolescentes. Por ejemplo, los artículos revisados en los que se utilizó el TIEFBA analizaron el consumo de alcohol en esta población.

Un aspecto para resaltar en cuanto a dichos instrumentos es que se basan en el paradigma de juicio situacional, por lo cual, a nivel evolutivo, no sería primordial un desarrollo metacognitivo sobre las propias capacidades emocionales, mas sí un nivel adecuado de comprensión lectora. Por lo cual, este tipo de instrumentos también podrían ser apropiados para población escolar. De hecho, está en desarrollo una versión adaptada a dicha población (TIEFBI) y el artículo que utiliza el Test de comprensión emocional (Angulo, Guerra y Blanco, 2018) trabajó con una muestra en edad escolar.

Las orientaciones de O'Connor y colaboradores (2019) sugieren que cuando es necesario conocer las tendencias comportamentales o la autoeficacia emocional, las medidas de habilidad auto informada serían adecuadas. En esta categoría entraría el TMMS-24 ya que es un cuestionario basado en el modelo de Salovey y Mayer (1990). Dentro de las investigaciones que utilizaron esta medida algunas temáticas se corresponden con esta orientación (e.g., relaciones con variables académicas, el autoconcepto o el apoyo social), mientras que otras se encuentran dentro de una categoría de mayor riesgo (e.g., riesgo suicida o trastorno límite de personalidad). Es en este tipo de investigaciones en las que adquiere mayor importancia la pregunta de si son las ventajas de aplicación de determinado instrumento el que orienta su elección. Con frecuencia, en estos estudios se señala como limitación de la investigación el empleo de cuestionarios de autoinforme como medidas susceptibles de sesgos de deseabilidad social. Para compensar dicha limitación, O'Connor y colaboradores (2019) sugieren emplear ambos tipos de medidas, ya que la investigación señala que tienen implicaciones diferentes: la IE medida como rendimiento máximo ayuda en la selección de estrategias de afrontamiento al estrés, mientras que cuando es auto informada ayuda en la implementación de la estrategia seleccionada (Davis y Humphrey, 2014).

Finalmente, las sugerencias de O'Connor y colaboradores (2019) indican que la evaluación de un conjunto de competencias mixtas auto informadas (e.g., EQi-YV) es más apropiada cuando el interés de la investigación se centra sobre aspectos emocionales y sociales entendidos desde un enfoque más amplio. Los estudios que emplearon dicho instrumento indagaron las relaciones entre la IE y variables académicas, la motivación, el apoyo social y la actividad física. En esta línea, se considera apropiado el uso de este tipo de instrumentos dado que no se necesita una comprensión detallada de la forma en la que se relacionan las diversas habilidades emocionales con las variables de estudio.

El presente estudio ha tenido algunas limitaciones. Por una parte, debido al debate conceptual en torno a la IE, los términos utilizados pueden haber influenciado la búsqueda, selección e interpretación de los resultados, de manera que otros investigadores podrían utilizar criterios distintos, llevando a hallazgos diferentes. Por otra parte, la restricción sobre determinadas bases de datos y el haber realizado la revisión solo sobre artículos hallados en las mismas (i.e., excluyendo artículos conocidos o de listas de referencias) también puede haber condicionado los resultados. Una de las implicaciones de esta limitación sobre las diferencias a nivel cultural que explican la indexación de revistas científicas ya ha sido discutida, pero puede haber otras. A pesar de dichas limitaciones, se ha podido realizar un análisis de los instrumentos de evaluación de la IE que se han empleado en población infanto-juvenil hispanohablante, de manera que se ha podido corroborar la evolución de las tendencias observadas en la revisión de Arrivillaga y Extremera (2020).

Para concluir, enfatizamos la importancia de reflexionar sobre nuestra práctica investigadora y la influencias que la atraviesan, de manera que seamos cada vez más conscientes de las limitaciones de nuestro quehacer y podamos construir formas cada vez mejores para la producción de conocimiento científico. En esta línea, algunas buenas prácticas con respecto a la adaptación de instrumentos de evaluación reseñadas en los artículos revisados podrían ser: realizar los análisis separados por grupo etario, llevar a cabo un estudio piloto consultando a la población diana, eliminar ítems que empobrezcan el ajuste de las medidas y atender a las características del momento evolutivo para determinar cómo y qué corresponde evaluar en cada población.

Financiación

Ayuda A2 del I Plan Propio de Investigación y Transferencia (Universidad de Málaga) concedida a la primera autora.

Referencias

- Las referencias con un asterisco fueron incluidas en la revisión.
- * Angulo, L., Guerra, V., y Blanco, Y. (2018). Adaptación y validación del test of emotion comprehension en escolares cubanos. *Acción psicológica*, 15(1), 57-70. <https://doi.org/10.21865/RIDEP55.2.09>
- Arrivillaga, C., y Extremera, N. (2020). Evaluación de la Inteligencia Emocional en la Infancia y la Adolescencia: Una Revisión Sistemática de Instrumentos en Castellano. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 55(2), 121-139.

- Bar-On, R. (1997). *BarOn Emotional Quotient Inventory: Technical Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. M. (2006). El modelo de Bar-On de Inteligencia Emocional-Social. *Psicothema*, 18(1), 13-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4679040&info=resumen&idioma=SPA>
- Bar-On, R., y Parker, J. (2000). *The Bar-On Emotional Quotient Inventory: youth version (EQ-i: YV) technical manual* (traducido por Caraballo, C. M. y Villegas, O.). Toronto: Multi-HealthSystems.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- Bisquerra, R. y Pérez, M. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82. <https://doi.org/10.5944/educxx1.1.10.297>
- * Bonet, C., Palma, C., y Santos, G. G. (2020). Effectiveness of emotional intelligence therapy on suicide risk among adolescents in residential care. *International journal of psychology and psychological therapy*, 20(1), 61-74.
- Boyatzis, R.E. y Burckle, M. (1999). *Psychometric properties of the ECI: Technical Note*. Boston: The Hay/McBer Group.
- * Broc, M. Á. (2019). Inteligencia emocional y rendimiento académico en alumnos de educación secundaria obligatoria. *REOP - Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 30(1), 75-92. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.30.num.1.2019.25195>
- * Cabello, E., Pérez, N., Ros, A., y Filella, G. (2019). Los programas de educación emocional happy 8-12 and happy 12-16. Evaluación de su impacto en las emociones y el bienestar. *REOP - Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 30(2), 53-66. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.30.num.2.2019.25338>
- Calero, A. D. (2013). Versión Argentina de la Trait Meta Mood Scale (TMMS) para adolescentes: Una medida de la inteligencia emocional percibida. *Cuadernos de Neuropsicología- Panamerican Journal of Neuropsychology*, 7(1), 104-119. <https://doi.org/10.7714/cnps/7.1.206>
- * Calero, A. D., Barreyro, J. P., Formoso, J., y Injoke-Ricle, I. (2018). Inteligencia emocional y necesidad de pertenencia al grupo de pares durante la adolescencia. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 22(2), 38-56.
- * Cañas, E., Estévez, E., Marzo, J. C., y Piqueras, J. A. (2019). Ajuste psicológico en cibervíctimas y ciberagresores en educación secundaria. *Anales de Psicología*, 35(3), 434-443.
- Caraballo, C.M. y Villegas, O. (2001). *EQ-i: YV Emotional Quotient Inventory: Youth Version*; Multi-Health System, Inc.: Toronto, ON, Canada.
- Chen, F. F. (2008). What Happens If We Compare Chopsticks With Forks? The Impact of Making Inappropriate Comparisons in Cross-Cultural Research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1005-1018. <https://doi.org/10.1037/a0013193>
- Cobos-Sánchez, L., Fluja-Contreras, J. M., y Gómez-Becerra, I. (2017). Intervención en flexibilidad psicológica como competencia emocional en adolescentes: una serie de casos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 135-141.
- Davis, S. K., y Humphrey, N. (2014). Ability versus trait emotional intelligence. *Journal of Individual Differences*, 35(1), 54-62. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000127>
- Denham, S. A., Wyatt, T. M., Bassett, H. H., Echeverria, D., y Knox, S. S. (2009). Assessing social-emotional development in children from a longitudinal perspective. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(1), i37-i52.
- * Falcó, R., Marzo, J. C., y Piqueras, J. A. (2020). La covitalidad como factor protector ante problemas interiorizados y exteriorizados en adolescentes españoles. *Psicología Conductual*, 28(3), 393-413.
- Faria, L., Lima-Santos, N., Taksic, V., Raty, H., Molander, B., Holmstrom, S., Jansson, J., Avsec, A., Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., y Toyota, H. (2006). Cross-cultural validation of the Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ). *Psicología: Revista Da Associacao Portuguesa Psicologia*, 20, 95-127.
- Fernández-Angulo, A., Quintanilla, L., y Giménez-Dasi, M. (2016). Dialogando sobre emociones con niños en riesgo de exclusión social: un estudio preliminar. *Acción Psicológica*, 13(1), 191-206. doi: 10.5944/ap.13.1.15787
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2015). Más Aristóteles y menos Prozac: de la inteligencia emocional a la felicidad. En Fundación Botín, *De la neurona a la felicidad: Diez propuestas desde la inteligencia emocional*, pp. 217-230.
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2016). Ability Emotional Intelligence, Depression, and Well-Being. *Emotion Review*, 8(4), 311-315. <https://doi.org/10.1177/1754073916650494>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.

- Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. M., Palomera, R., y Extremera, N. (2018). La relación del Test de Inteligencia Emocional de la Fundación Botín (TIEFBA) con el ajuste personal y escolar de adolescentes españoles. *Revista de Psicodidáctica*, 23(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2017.07.001>
- Ferrándiz, C., Hernández, D., Bermejo, R., Ferrando, M. y Sáinz, M. (2012). La inteligencia emocional y social en la niñez y adolescencia: validación castellana de un instrumento para su medida. *Revista de Psicodidáctica*, 17(2), 309-339. <https://doi.org/10.1387/Rev.Psicodidact.2814>
- Furlong, M. J., You, S., Renshaw, T.L., Smith, D.C. y O'Malley, M. (2014). preliminary development and validation of the Social and Emotional Health Survey for secondary school students. *Social Indicators Research*, 117, 1011-1032.
- García-Sancho, E., Salguero, J. M., y Fernández-Berrocal, P. (2014). Relationship between emotional intelligence and aggression: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 584-591. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.007>
- * González-Yubero, S., Palomera, R., y Lázaro, S. (2019). Trait and ability Emotional Intelligence as predictors of alcohol consumption in adolescents. *Psicothema*, 31(3), 292-297. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.315>
- *González-Yubero, S., Lázaro, S., y Palomera, R. (2020). ¿Qué Aporta la Inteligencia Emocional al Estudio de los Factores Personales Protectores del Consumo de Alcohol en la Adolescencia? *Psicología Educativa*, 27(1), 27-36. <https://doi.org/10.5093/psed2020a13>
- *Guerrero-Barona, E., Sánchez-Herrera, S., Moreno-Manso, J. M., Sosa-Baltasar, D., y Durán-Vinagre, M. Á. (2019). El autoconcepto y su relación con la inteligencia emocional y la ansiedad. *Psicología Conductual*, 27(3), 455-476.
- Halle, T. G., y Darling-Churchill, K. E. (2016). Review of measures of social and emotional development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 45, 8-18.
- Humphrey, N., Kalambouka, A., Wigelsworth, M., Lendrum, A., Deighton, J., y Wolpert, M. (2011). Measures of social and emotional skills for children and young people: A systematic review. *Educational and Psychological Measurement*, 71(4), 617-637.
- International Test Commission. (2017). *International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests*. www.InTestCom.org
- *Jiménez Rosario, M. N., Sáez, I. A., y Esnaola, I. (2020). Capacidad predictiva de la inteligencia emocional sobre el apoyo social percibido de adolescentes. *Suma Psicológica*, 27(1), 18-26.
- Joseph, D. L., y Newman, D. A. (2010). Emotional Intelligence: An Integrative Meta-Analysis and Cascading Model. *Journal of Applied Psychology*, 95(1), 54-78. <https://doi.org/10.1037/a0017286>
- *Juanmartí, F. B., Bernal, J. S., Puig, V. F., y Matas, M. S. (2019). Trastorno límite de la personalidad e inteligencia emocional en adolescentes institucionalizados. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19(2), 229-238.
- Kun, B., y Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: A systematic review. *Substance Use and Misuse*, 45(7-8), 1131-1160. <https://doi.org/10.3109/10826080903567855>
- Lea, R. G., Davis, S. K., Mahoney, B., y Qualter, P. (2019). Does emotional intelligence buffer the effects of acute stress? A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10(MAR). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00810>
- López, E. y Pérez, N. (2010). Les competències emocionals a l'alumnat de primària. Comunicació presentada en les VI Jornades d'Educació Emocional: "Emocions positives i benestar".
- MacCann, C., Jiang, Y., Brown, L. E. R., Double, K. S., Bucich, M., y Minbashian, A. (2020). Emotional intelligence predicts academic performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 146(2), 150-186. <https://doi.org/10.1037/bul0000219>
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., y León, J. (2010). Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the trait meta-mood scale in a sports context. *Psychological Reports* 106 (2), 477-489. <https://doi.org/10.2466/PRO.106.2.477-489>
- Martins, A., Ramalho, N., y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554-564. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., y Salovey, P. (2016). The Ability Model of Emotional Intelligence: Principles and Updates. *Emotion Review*, 8(4), 290-300. <https://doi.org/10.1177/1754073916639667>
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., y Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093646>
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) item booklet, Version 2.0*. Toronto, Ontario, Canada: MHS Publishers.

- Miao, C., Humphrey, R. H., y Qian, S. (2017). A meta-analysis of emotional intelligence and work attitudes. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 90(2), 177-202. <https://doi.org/10.1111/joop.12167>
- O'Boyle, E., Humphrey, R. H., Pollack, J. M., Hawver, T., y Story, P. (2011). The relation between emotional intelligence and job performance: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 32, 788-818. <https://doi.org/10.1002/job>
- O'Connor, P. J., Hill, A., Kaya, M., y Martin, B. (2019). The measurement of emotional intelligence: A critical review of the literature and recommendations for researchers and practitioners. *Frontiers in Psychology*, 10(MAY). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01116>
- Perez-Escoda, N., Álvarez, M., Bisquerra, R. (2008). *Qüestionari de desenvolupament emocional per a educació secundària QDE-SEC*. Document d'us intern. GROU. Universitat de Barcelona.
- Petrides, K. V. y Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448. <https://doi.org/10.1002/per.416>
- Piqueras, J. A., Marzo, J. C., Martínez-González, A. E., Rodríguez-Jiménez, T., Rivera-Riquelme, M., Falco, R. y Furlong, M. J. (2019). Adaptation and validation of the Social Emotional Health Survey-Secondary for Spanish-speakers' students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 4982.
- Pons, F., Harris, P. L. y de Rosnay, M. (2004). Emotion Comprehension between 3 and 11 years: Developmental Periods and Hierarchical Organization. *European Journal of Developmental Psychology*, 1(2), 127-152. <https://doi.org/10.1080/17405620344000022>
- *Pulido-Acosta, F., y Herrera Clavero, F. (2020). Opposite emotional states and emotional intelligence in adolescence. *Psicología Desde El Caribe*, 37(1). <https://doi.org/10.14482/psdc.37.1.155.71>
- *Pulido-Acosta, F., y Herrera-Clavero, F. (2018). Prediciendo el Rendimiento Académico Infantil a través de la Inteligencia Emocional. *Psicología Educativa*, 25(1), 23-30. <https://doi.org/10.5093/psed2018a16>
- Ramírez-Lucas, A., Ferrando, M., y Sáinz, A. (2015). ¿Influyen los Estilos Parentales y la Inteligencia Emocional de los Padres en el Desarrollo Emocional de sus Hijos Escolarizados en 2º Ciclo de Educación Infantil? *Acción Psicológica*, 12(1), 65-78 <https://doi.org/10.5944/ap.12.1.14314>
- Resurrección, D. M., Salguero, J. M., y Ruiz-Aranda, D. (2014). Emotional intelligence and psychological maladjustment in adolescence: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 37(4), 461-472. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.03.012>
- Saarni, C. (2000). Emotional competence: A developmental perspective. En R. Bar-On y P. JDA (Eds.), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 68-91). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sáinz, M.; Ferrándiz, C.; Fernández, M. C. y Ferrando, M. (2014). Propiedades psicométricas del Inventario de Cociente Emocional EQ-i:YV en alumnos superdotados y talentosos. *Revista de Investigación Educativa*, 32 (1), 41-55.
- Salatino, M. (2017). *La estructura del espacio latinoamericano de revistas científicas*. https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10720/salatino-estructuraespaciolatinoamericano-revistascientificas.pdf
- Salovey, P., y John D. Mayer. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. <http://dmcodysey.org/wp-content/uploads/2013/09/EMOTIONAL-INTELLIGENCE-3.pdf>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure and Health* (pp.125-151). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sánchez-Álvarez, N., Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2016). The relation between emotional intelligence and subjective well-being: A meta-analytic investigation. *Journal of Positive Psychology*, 11(3), 276-285. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1058968>
- *Schoeps, K., Tamarit, A., Montoya-Castilla, I., y Takšić, V. (2019). Factorial structure and validity of the Emotional skills and competences Questionnaire (ESCQ) in Spanish adolescents. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(2), 275-293.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., y Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167-177. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00001-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00001-4)
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., y Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.003>

- Takšić, V., Mohorić, T., y Duran, M. (2009). Vprašalnik emocionalne inteligentnosti ESCQ kot samoo-cenjevalna mera emocionalne inteligentnosti [Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ) as a self-report measure of emotional intelligence]. *Psihološka Obzorja/Horizons of Psychology*, 18, 7-21.
- *Usán, P., Salavera, C., y Mejías, J. J. (2020). Relaciones entre la inteligencia emocional, el burnout académico y el rendimiento en adolescentes escolares. *CES Psicología*, 13(1), 125–139. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.1.8>
- *Usán, P., y Salavera, C. (2018). Motivación escolar, inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *Actualidades En Psicología*, 32(125), 95-112. <https://doi.org/10.15517/ap.v32i125.32123>
- *Vaquero-Solís, M., Amado-Alonso, D., Sánchez-Oliva, D., Sánchez-Migue, P. A., y Iglesias-Gallego, D. (2020). Emotional intelligence in adolescence: Motivation and physical activity. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 20(77), 119-131. <https://doi.org/10.15366/rimcafd2020.77.008>
- *Veytia-López, M., Calvete, E., Sánchez-Álvarez, N., y Guadarrama-Guadarrama, R. (2019). Relationship between stressful life events and emotional intelligence in Mexican adolescents: Male vs. female comparative study. *Salud Mental*, 42(6), 261–268. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2019.034>
- Wong, C. S., y Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. En *Leadership Perspectives* (Vol. 13). <https://doi.org/10.4324/9781315250601-10>



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Reconocimiento, exclusión social, resistencia y crimen: una propuesta de investigación empírica

Trabajo de investigación del grupo: PSY21. La Psicología Social ante los desafíos del siglo XXI

Autora: Clarissa Pepe Ferreira

Resumen

Este trabajo pretende evaluar empíricamente la teoría del reconocimiento de Axel Honneth, que sostiene que las luchas más importantes de la modernidad consisten en una disputa o negociación intersubjetiva que los sujetos establecen entre sí de cara a lograr que sean consideradas las reivindicaciones de su identidad. Esta teoría ha sido muy bien acogida por los estudiosos del conflicto y el cambio social y los interesados en teoría crítica de las luchas sociales. No hay un instrumento de medición cuantitativa que la traduzca y refleje; desarrollarlo es uno de los objetivos principales de mi investigación de posdoctorado. Asimismo, el trabajo está dedicado a pensar la interconexión entre crimen y exclusión social desde la perspectiva de la negación de reconocimiento. Examina, además, formas de resistencia a la muerte social simbólica del sujeto y la posibilidad de que el crimen sea una de ellas. Presos, universitarios y activistas sociales son los grupos de sujetos que constituyen la muestra. Habrá, igualmente, comparaciones por género y cultura. Los análisis sobre exclusión social y resistencia serán deducidos de las comparaciones entre los grupos. Las variables psicosociales que componen el estudio, en conjunto con la de reconocimiento, son: alienación, anomía, autoritarismo, autoestima, bienestar social, creencias en un mundo justo, dominancia social, satisfacción vital.

Palabras clave: lucha por reconocimiento; identidad social; menosprecio; control social; resistencia hacia la opresión.

Abstract

This work aims to empirically evaluate Axel Honneth's theory of recognition, which maintains that the most important struggles of modernity consist of an intersubjective dispute or negotiation that the subjects establish among themselves in order to ensure that their identity claims are considered. This theory has been very well received by students of conflict and social change and those interested in critical theory of social struggles. There is no quantitative measurement instrument that translates and reflects it; developing it is one of the main goals of my postdoctoral research. Likewise, the work is dedicated to thinking about the interconnection between crime and social exclusion from the perspective of the denial of recognition. It also examines forms of resistance to the symbolic social death of the subject and the possibility that crime is one of them. Prisoners, university students and social activists are the groups of subjects that make up the sample. There will also be comparisons by gender and culture. The analyzes on social exclusion and resistance will be deduced from the comparisons between the groups. The psychosocial variables that make up the study, together with recognition, are: alienation, anomie, authoritarianism, self-esteem, social well-being, beliefs in a just world, social dominance, and life satisfaction.

Keywords: struggle for recognition; social identity; underestimation; social control; resistance to oppression.

Introducción

Lo que se expone a continuación es una propuesta de investigación empírica que está en marcha en la Universidad de Málaga, en el seno del Grupo de Investigación HUM207 “La Psicología Social ante los desafíos del siglo XXI (PSY21)”, y que saldrá a la luz en los próximos meses.

Este proyecto tiene como antecedentes, además de los referenciales teórico-empíricos aquí presentados, los hallazgos de un estudio empírico cuantitativo en concreto, que comparó presos con personas en situación de riesgo social y fuera de ambas condiciones, utilizando variables psicosociales tales como anomia, fatalismo, bienestar social, eventos vitales estresantes, satisfacción vital, sentido de comunidad, participación social, empoderamiento y autoeficacia, y que identificó que en el trasfondo de la interconexión entre crimen y exclusión social subyace una problemática de (no)reconocimiento de los sujetos (Ferreira, 2017).

El estudio anteriormente señalado ha dado paso a otro -igualmente empírico, con uso del método cuantitativo, y haciendo comparación entre presos y personas en situación o no de riesgo social- que llevó a cabo un primer acercamiento a la categoría de menosprecio de Axel Honneth (Ferreira, Moreno-Jiménez y Massola, 2021). Las variables utilizadas en este caso fueron autoestima, bienestar social subjetivo, fatalismo y autoeficacia. Sus resultados indicaron la validez de la categoría de menosprecio de Honneth y confirmaron la hipótesis planteada, es decir, sobre ser el crimen -en su nexa con la exclusión social- una consecuencia de la negación de reconocimiento.

Esta propuesta de investigación sigue las sendas abiertas por ambos estudios en lo atinente a pensar el crimen como una forma de resistencia frente a la imposición a algunos sujetos de una existencia socialmente interrumpida, mutilada. Profundizará en la teoría honnethiana del reconocimiento y elaborará una escala de medición que la traduzca y refleje. Analizará, asimismo, las condiciones para que dicho tipo de resistencia pueda trasladarse a una resistencia política organizada.

La teoría del reconocimiento de Axel Honneth

El primer intento de elaboración de una teoría del reconocimiento ha sido propuesto por Hegel bajo la idea de construcción de una colectividad ética como una secuencia de etapas de una lucha por reconocimiento. Este esfuerzo, sin embargo, ha quedado a medio camino. Honneth (2019) lo que hace es tratar de actualizar su contenido sistemático con el propósito de completarla, pero tratando de extraer su línea de raciocinio central de las premisas metafísicas. Y lo hará siguiendo a preceptos de Habermas, Mead y Marx.

Hegel no concibió el proceso de formación ética del género humano, en tanto que movimiento de reconocimiento mediado por la experiencia de la lucha, como un proceso intramundano que se realiza bajo las condiciones iniciales contingentes de la socialización humana. Abstrajo en su concepto de razón la finitud del espíritu humano. Eso fue lo que la primera generación de discípulos de Hegel -Feuerbach, Marx y Kierkegaard- trató de corregir en base a la crítica del idealismo de la razón, de cara a avanzar hacia un concepto de razón mundanizado. (Honneth, 2019).

Si examinada desde un marco de comprensión postmetafísico, que establece contacto con las ciencias empíricas, la doctrina del reconocimiento de Hegel puede ser entendida como una teoría de la condición necesaria de la socialización humana. Considerando eso, Honneth (2019) edifica una teoría del reconocimiento a modo de gramática moral de los conflictos sociales, en la línea de una teoría social de contenido normativo. Para llevar a cabo esta labor, ha identificado la necesidad de cumplir con las tres tareas enumeradas a continuación:

1). *Reconstruir la tesis inicial de Hegel a la luz de una psicología social empíricamente sostenida.* En el modelo hegeliano, la formación del yo práctico presupone un reconocimiento recíproco entre dos personas, puesto que sólo cuando dos seres humanos se ven confirmados en su autonomía por su respectiva pareja de interacción es que pueden entonces alcanzar, de manera complementaria, una comprensión del sí mismo en tanto que un yo autónomamente agente e individuado. Este es el punto de partida de la teoría hegeliana de la eticidad; sin embargo, Hegel no tiene en cuenta que la relación intersubjetiva es un curso empírico que se da en seno del mundo social. Honneth comparte con Hegel la concepción de una doctrina del reconocimiento en tanto que teoría de la condición necesaria de la socialización humana. No obstante, va más allá, buscando hacer que los presupuestos normativos de la relación de reconocimiento sirvan también de referencial a la explicación de los procesos de transformación histórica y empírica de la sociedad. En cuanto al concepto de “lucha”, Honneth no lo toma como un proceso conflictivo intrapsíquico (tal como lo hacen otros intelectuales posthegelianos) sino como el bosquejo de una lógica propia de los conflictos sociales.

2). *Establecer una fenomenología empíricamente controlada de las formas de reconocimiento*. Ello consiste, acorde con Honneth, en que el examen empírico de las tipologías del sistema de eticidad presentes en la propuesta de Hegel, tienen que preceder a la retomada de dichas tipologías con vistas a lograr una reconstrucción actualizada, es decir, que evalúe la propuesta de Hegel y, si es el caso, también la corrija. Partiendo de los *a priori*s de una teoría de la intersubjetividad, Hegel afirma la existencia de formas diversas de reconocimiento recíproco, que deben distinguirse las unas de las otras según el grado de autonomía posibilitada al sujeto en cada caso particular. El abanico sistemático de formas de reconocimiento representa, para Hegel, algo necesario a la obtención de un marco categorial de una teoría que sea capaz de explicar el proceso de formación de la eticidad como una secuencia de estadios de relaciones intersubjetivas. El “amor”, el “derecho” y la “eticidad” componen la secuencia de relaciones de reconocimiento según Hegel, pero las presuposiciones del autor, advierte Honneth, son de naturaleza metafísica, una vez que derivan de una transferencia a la realidad empírica de relaciones construidas de modo puramente conceptual.

3). *Solucionar la tarea de presentar, al menos a grandes rasgos, la lógica moral de los conflictos sociales*. En Hegel, el proceso ontogénico de formación de la identidad es trasladado directamente a la formación de la estructura social. El modelo conceptual hegeliano reivindica para la serie de tres formas de reconocimiento la lógica de un proceso de formación mediado por las etapas de una lucha moral. Eso significa que, en el curso de la formación de su identidad y a cada etapa de comunitarización lograda, los sujetos son compelidos -en cierta medida de manera transcendental- a ingresar en un conflicto intersubjetivo cuyo resultado es el reconocimiento de su pretensión de autonomía hasta entonces no confirmada socialmente. La condición, según Hegel, para un desarrollo bien sucedido del yo es el despliegue de la secuencia de formas de reconocimiento recíproco; la ausencia de estas formas se hará sentir en los sujetos como menosprecio, y eso es lo que les conducirá a una “lucha por reconocimiento”. Honneth subraya que las hipótesis hegelianas son altamente especulativas y están enredadas de modo complejo. Su propuesta para superar dichos problemas es: por un lado, desanclar la idea hegeliana de “experiencia de lucha social” del horizonte de la teoría idealista de la razón, a fin de enmarcarla en el andamiaje del materialismo-histórico, dada su capacidad de otorgarle un lugar en la realidad social; y por otro, traducir la teoría hegeliana de la intersubjetividad a un lenguaje teórico post-metafísico por medio de la psicología social de George Mead, que es la que dispone del instrumental idóneo para hacerlo, solventando también sus marañas.

Axel Honneth (2009) considera que las luchas más importantes de la modernidad son luchas por reconocimiento en diversos aspectos, y que además dichas luchas consisten en una disputa o negociación intersubjetiva que los sujetos establecen entre sí de cara a lograr que sean consideradas las reivindicaciones de su identidad. Según Honneth (2010), los conflictos de distribución referidos a la desigualdad social y económica en la contemporaneidad son comprendidos de manera más razonable y adecuada como luchas de reconocimiento -que están ancladas en la noción de vida satisfactoria- y que a través de una diferenciación de las formas de daño moral -pensado en tanto que menosprecio social o cultural- se desprenden, por oposición, diferentes formas de reconocimiento.

Utilizando un método negativo de argumentación, el autor define tres formas de menosprecio -humillaciones físicas, morales y éticas- que considera son el resultado, respectivamente, de la negación de tres formas básicas de reconocimiento, es decir, el amor, el derecho y la solidaridad. Estas formas de reconocimiento están organizadas de modo gradual, se desplazan desde la esfera privada de las relaciones hacia la esfera colectiva y establecen las condiciones formales de relaciones de interacción en el marco de las cuales la dignidad e integridad humanas están garantizadas, entendiendo por integridad el hecho de que el sujeto pueda sentirse respaldado por la sociedad en toda la variedad de sus autorrelaciones prácticas (Honneth, 2010). Los análisis del autor no persiguen enfrentar individuo y sociedad, pero sí reconocer y evaluar de manera pormenorizada su recíproco valor constitutivo (Herzog y Hernández-Dobon, 2012).

La privación de las necesidades corpóreas elementales y los afectos, la privación de derechos y la exclusión social, así como la degradación del valor social de formas de autorrealización son las tres formas de menosprecio definidas por Honneth (2010). En esencia, en las luchas por reconocimiento subyace la batalla humana por una existencia autodeterminada.

Sostiene Honneth (2009) que la tensión afectiva que el sufrimiento resultante de la denegación de reconocimiento y la humillación física, moral y ética infligen al sujeto sólo puede ser disuelta en la medida en que él reencuentra la posibilidad de la acción activa, en la que la persona que desea ser, de acuerdo con sus ideales de ego, es finalmente respetada por sus compañeros de interacción. Pero de ahí a que la praxis reabierta asuma la configuración de una resistencia política organizada dependerá del entorno político- cultural en que se encuentran los sujetos avasallados por desprecio social.

Las variables del estudio

Alienación, Anomia y Autoritarismo

Se considera la anomia uno de los componentes de la alienación, y ambos conceptos -de origen sociológico- tratan de la integración negativa de los individuos a su medio ambiente social (Muratori, Delfino y Zubieta, 2013). Para Aceituno et al. (2009) hay una articulación socio-subjetiva entre los conceptos de alienación y anomia. Según los autores, la alienación sería el fenómeno principal, cuyas dimensiones constituyentes serían la anomia, el aislamiento social (sentimiento de distancia y separación hacia los demás) y la impotencia (baja expectativa de control personal sobre los acontecimientos sociales que afectan la vida de los sujetos). Y la anomia a su vez estaría representada por las cuatro dimensiones tomadas de Srole (1956), que en Aceituno et al. (2009) aparecen identificadas como: 'exclusión' (percepción de indiferencia de la comunidad hacia las necesidades individuales), 'incertidumbre' (percepción de un orden social impredecible y desorganizado), 'degradación' (sentimiento de retroceso frente a objetivos previamente fijados y considerados realizables) y 'extrañamiento' (percepción de un entorno agresivo y hostil).

Desde las perspectivas frommiana y adorniana sobre la personalidad autoritaria, el autoritarismo reuniría las siguientes características (Canto-Ortíz, 2019): miedo y renuncia a la libertad a cambio de seguridad y protección sociogrupal; convencionalismo; actitud sumisa y acrítica hacia las figuras de autoridad moral idealizadas del endogrupo; tendencia a excluir, criticar, rechazar y castigar a los que violan los valores convencionales; oposición a considerar el carácter relativo y subjetivo de las opiniones; creencia en los determinantes místicos del destino y disposición a pensar en términos de categorías rígidas; preocupación por las dimensiones de "dominación-sumisión", "fuerza-debilidad", e identificación con las figuras de poder; hostilidad generalizada y visión negativa del género humano; proyección hacia el exterior de los impulsos emocionales inconscientes; prejuicio extremo, con manifestación de actitudes hostiles hacia los exogrupos y hacia los grupos que transgreden los valores tradicionales.

Creencias en un mundo justo

Por lo amenazantes que resultan ser para los individuos las situaciones de injusticia, éstos necesitan creer, de cara a mantener una sensación de control sobre el medio, que en la vida todos obtienen lo que merecen (Lerner, 1980). De no ser posible creer que las cosas suceden como consecuencia de los actos realizados por cada uno, las personas se sentirían expuestas a multitud de situaciones cotidianas desagradables por lo ineludible de pensar que las situaciones injustas que hoy les ha tocado vivir a otros, mañana podrían ocurrirles a ellos (Lerner y Clayton, 2011). Las creencias en un mundo justo -presentes en individuos de distintas culturas- son un mecanismo de negación de las injusticias y evitación de la angustia producida por tales amenazas, que consiste en culpabilizar a las víctimas de injusticias haciéndolas responsables de sus padecimientos (Barreiros, Etchezahar y Prado-Gascó, 2014).

Según la Teoría de la Justificación del Sistema (Jost, Federico y Napier, 2009), la necesidad de sostener y defender el sistema social, económico y político en el que se vive no es una exclusividad de los grupos con una mejor posición: también los grupos en una posición desfavorable necesitan hacerlo con tal de amparar su autoestima (Jost y Burgess, 2000) y protegerse de la depresión y el estrés (Dalbert, 2010). Las creencias en un mundo justo operan como una ideología que, al racionalizar el status quo, reduce la culpa ante las injusticias sociales, así como la ansiedad e incertidumbre, una vez que les permite planificar su futuro (Jost y Hunyady, 2005). Diversos estudios han demostrado la existencia de correlaciones positivas entre las creencias en un mundo justo y el autoritarismo, favoreciendo diferentes formas de intolerancia, prejuicio y discriminación (Connors y Heaven, 1987; Dalbert y Yamuchi, 2003; Moore, 2008).

Dominancia social

Se ha visto que las relaciones jerárquicas constitutivas de los sistemas sociopolíticos y económicos injustos son respaldadas por la asociación entre las creencias en un mundo justo y la orientación a la dominancia social (Jost y Hunyady, 2005; Jost, Federico y Napier, 2009; Liviatan y Jost, 2011). La Teoría de la Dominancia Social indaga en el afán de los individuos por establecer y mantener la jerarquía social y la subordinación de grupos percibidos como inferiores a aquellos considerados superiores (Pratto, Sidanius, Stallwarth y Malle, 1994). La formulación original abogaba por la presencia de un constructo unitario; no obstante, investigaciones posteriores han señalado la existencia de una estructura bifactorial de la escala: Antiigualitarismo y Orientación a la Dominancia Grupal (Jost y Thompson, 2000; Sidanius y Peña, 2002; Silván-Ferrero y Bustillos, 2007).

Autoestima

Se trata de un componente fundamental del autoconcepto y está definido como una actitud global positiva o negativa que tiene el individuo hacia sí mismo, un conjunto de sentimientos y pensamientos sobre su propio valor e importancia (Rosenberg, 1965). El autoconcepto, por su parte, deriva de la valoración que el sujeto hace de sus capacidades y limitaciones, incidiendo ello en la construcción del sentido de una identidad propia (Musitu, García y Gutiérrez, 1991).

Bienestar social

El bienestar es un concepto heredero del principio de la emancipación y se desglosa en las siguientes tres dimensiones (Blanco y Valera, 2007): (a) bienestar personal subjetivo, que consistiría en la satisfacción vital y los afectos positivo/negativo sentidos por los sujetos ante determinadas situaciones vitales; (b) bienestar psicológico, compuesto por la autoaceptación, las relaciones positivas con los demás, la autonomía, el dominio del entorno (habilidad para elegir o crear entornos favorables), los objetivos vitales que dan sentido a la existencia y el crecimiento personal (capacidad y empeño para desarrollar las potencialidades del ser); (c) el bienestar social subjetivo, que se refiere concretamente a la incidencia decisiva de los escenarios sociales y las instituciones sobre la calidad de vida de las personas. Si bien es recíproca la relación entre lo individual y lo social en todas las dimensiones antes mencionadas, se puede estimar que en la tercera prepondera la interferencia de lo social sobre lo individual, razón por la cual se ha elegido trabajar exclusivamente con ella en este estudio. El bienestar social consistiría, en resumidas cuentas, en la capacidad del medio de proporcionar las condiciones para que el ser humano pueda realizarse íntegramente como tal (Muratori, Delfino y Zubieta, 2013).

Satisfacción vital

El bienestar social y la satisfacción con la vida constituyen respectivamente las dimensiones objetivas y subjetiva de la calidad de vida (Moyano y Alvarado, 2007), cuya corrosión o negación guardan fuerte relación con la anomia. El concepto de satisfacción vital se refiere a un balance personal sobre las expectativas y logros individuales (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985); se trataría de un estado psicológico, de cariz cognitivo, resultante del intercambio y la negociación entre el individuo y su contexto micro y macrosocial con vistas a la realización personal (García-Viniegras y Gonzalo-Benítez, 2000; Morales y Sánchez-López, 2001).

Desde el ámbito de los debates criminológicos y político-criminales, se ha hecho una llamada de atención a la comunidad científica para la necesidad de desarrollar más estudios destinados a investigar la correlación del delito con la satisfacción vital (Nikolic-Ristanovic, 2014). Se considera que esta variable es el principal factor de prevención hacia el crimen y se sostiene que es imprescindible verificar si personas felices cometen delitos o si, en cambio, las personas que cometen crimen lo hacen con el propósito de alcanzar felicidad¹.

El estudio empírico

Objetivos

A continuación, se indican los objetivos generales de esta investigación:

- Pensar la relación entre crimen y exclusión social desde la negación de reconocimiento.
- Examinar formas de resistencia a la muerte social, subjetiva y simbólica del sujeto.
- Los objetivos específicos del estudio son los siguientes:
 - Desarrollar un instrumento de medición cuantitativa que traduzca y refleje la teoría honnethiana del reconocimiento.
 - Contrastar los resultados de la escala de reconocimiento con las siguientes variables: autoestima, satisfacción vital, bienestar social, alienación, autoritarismo, creencias mundo justo y dominancia social.
 - Hacer comparaciones entre grupos de presos, universitarios y activistas sociales.
 - Hacer comparaciones de género y cultura.

¹ Los conceptos de felicidad y satisfacción con la vida han sido utilizados como sinónimos en el estudio de referencia. La literatura sobre el tema, sin embargo, relaciona la felicidad a la dimensión afectiva del bienestar subjetivo mientras que la satisfacción vital sería el componente cognitivo del mismo (Moyano y Alvarado, 2007).

Hipótesis

(H1) - En el trasfondo de la interconexión entre crimen y exclusión social hay una problemática de (no)reconocimiento.

(H2) - El crimen puede estar operando como una forma de resistencia frente a la imposición a algunos sujetos de una existencia socialmente interrumpida, mutilada.

(H3) - Bajo determinadas condiciones psicosociales, este tipo de resistencia puede transmutarse en resistencia político-cultural organizada.

Método

El estudio tiene una dimensión descriptiva, teniendo en cuenta que va a definir las características de los fenómenos -en este caso, el reconocimiento social y resistencia hacia la exclusión social- en distintos grupos de sujetos. Tiene, además, una dimensión explicativa, una vez que va a indagar en por qué se producen y por qué se manifiestan dichos fenómenos de distintos modos en diferentes grupos de sujetos.

Los participantes serán seleccionados por muestreo no probabilístico por cuotas y se buscará la mayor equiparación posible de los estratos en importancia, de modo a estudiar las características particulares de cada uno con mayor precisión (Ochoa, 2015). Los criterios que serán utilizados para la definición de los estratos son los siguientes: 1) el estar o no cumpliendo pena de prisión; 2) el estar o no en la universidad; 3) el estar o no actuando en una organización dedicada al activismo social; 4) identidad de género; 5) identidad cultural.

Todos y cada uno de los preceptos de ética en la investigación científica con seres humanos serán debidamente respetados. Para tal, serán salvaguardadas la anonimidad y la voluntariedad en la participación de los integrantes del estudio. Una vez definidos los estratos y logrado el acceso a las submuestras, la elección de los participantes que compondrán la investigación será aleatoria.

La técnica empleada en la recogida y análisis de datos será de tipo cuantitativo, con utilización de cuestionarios. Con respecto a la escala que será desarrollada en este estudio (*Escala de Reconocimiento*), su calibración y bondad serán verificadas a través de análisis de validez, análisis fiabilidad y análisis factorial exploratorio. Asimismo, para las comparaciones entre los grupos serán realizados análisis estadísticos sobre diferencias de medias, correlaciones, regresiones múltiples y modelado de ecuaciones estructurales. Para proceder a todos estos análisis se hará uso de programas informáticos tales como SPSS y AMOS o SmartPLS. Los análisis sobre exclusión social y resistencia serán deducidos de las comparaciones entre los grupos.

A excepción del cuestionario sociodemográfico, todos los demás instrumentos detallados a continuación serán escalas de tipo Likert:

- Cuestionario sociodemográfico (descripción de la muestra).
- Escala de Reconocimiento (2021; creación propia); tendrá aproximadamente 15-20 afirmaciones y contemplará las tres dimensiones del reconocimiento definidas por Axel Honneth (amor, derecho y solidaridad).
- Autoestima: Rosenberg (1965); traducción al castellano de Martín-Albo et al. (2007).
- Satisfacción Vital: Diener et al. (1985); traducción al castellano de Arce (1994).
- Bienestar Social: Blanco y Díaz (2005).
- Alienación, Anomia y Autoritarismo: Struening y Richardson (1965).
- Creencias en un Mundo Justo: Lipkus (1991); versión castellana de Barreiro, Etchezahar y Prado-Gascó (2014).
- Dominancia Social: Pratto et al. (1994); versión castellana de Silván-Ferrero y Bustillos (2007).

Resultados esperados

Desde la perspectiva de los análisis criminológicos y la marginación psicosocial, se espera que los resultados de este estudio contribuyan a avanzar en los debates sobre desistimiento del delito y los procesos de radicalización. Los hallazgos que se exponen a continuación, de una búsqueda realizada en 2019 en la base de datos de la *Web of Science*, con las claves “*crime*” AND “*recognition*” AND “Honneth”, no sólo fundamentan dichas expectativas, sino que, además, dan indicios de que esta investigación está revestida de innovación, sea por el empleo de metodología cuantitativa y la contrastación con variables psicosociales menos exploradas, sea por la creación de un constructo novedoso dedicado a la medición de la teoría honnethiana del reconocimiento.

El artículo más citado (Barry, 2016) ha sido producido en Escocia, publicado en una revista de Criminología catalogada como JCR-Q2, trata de desistimiento del delito y está apoyado sobre datos cualitativos; otro de los artículos (Sayre, 2018) corresponde a un estudio basado en el análisis de una experiencia de observación participante en prisión registrada en diario de campo, que ha sido desarrollado en universidad estadounidense y publicado en revista JCR-Q3 en Trabajo Social; el tercer artículo (Toledo, 2016) es una producción española, de la Universidad Miguel Hernández de Elche, consiste en una interpretación filosófico-criminológica del terrorismo yihadista y ha sido publicado en una revista que figura en el *Emerging Sources Citation Index*, como SJR-Q3 en Filosofía, y que también ha recibido el sello de calidad FECYT.

Asimismo, esta investigación medirá variables relacionadas a la calidad de vida en población reclusa, trazando comparaciones por género y cultura, y contrastará los resultados con los obtenidos en otros grupos de sujetos en situación libertad. De este modo, permitirá perfeccionar y progresar en las intervenciones sociales llevadas a cabo en centros penitenciarios y con población excarcelada, además de las de tipo preventivo con colectivos en condición de vulnerabilidad social.

Igualmente, las aportaciones resultantes de este estudio serán pioneras en lo que atañe al campo de la Psicología Social, puesto que la mayoría de los artículos escritos hasta ahora sobre la teoría honnethiana del reconocimiento provienen de la Filosofía y la Sociología. Desde la perspectiva de la Psicología de los Grupos, los resultados de este estudio colaborarán con el avance de los debates sobre las relaciones intergrupales y la identidad social. Finalmente, de cara a la Psicología Política, la presente investigación ofrecerá datos y reflexiones sobre alienación, autoritarismo y formas de resistencia a la opresión.

Bibliografía

- Aceituno, R., Asún, R., Ruiz, S., Reinoso, A., Venegas, J. I. & Corbalán, F. (2009). Anomia y Alienación en Estudiantes Secundarios de Santiago de Chile: Resultados Iniciales de un Estudio Comparativo 1989-2007. *Psykhé*, 18(2), 3-18.
- Arce, C. (1994). *Técnicas de construcción de escalas psicológicas*. Madrid: Síntesis.
- Barreiro, A. & Castorina, J. A. (2015). La creencia en un mundo justo como trasfondo ideológico de la representación social de la justicia. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(2), 331-345. doi: 10.15446/rcp.v24n2.44294.
- Barreiro, A., Etchezahar, E. & Prado-Gascó, V. (2014). Creencia global en un mundo justo: validación de la escala de Lipkus en estudiantes universitarios de la ciudad de buenos aires. *Interdisciplinaria*, 31(1), 57-71. [fecha de consulta 8 de junio de 2021]. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18031545004>
- Barry, M. (2016). On the cusp of recognition: Using critical theory to promote desistance among young offenders. *Theoretical Criminology*, 20(1), 91-106.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf>
- Blanco, A., & Díaz, D. (2007). El rostro bifronte del fatalismo: fatalismo colectivista y fatalismo individualista. *Psicothema*, 19(4), 552-558.
- Canto-Ortiz, J. (2019). *Psicología de los grupos*. Fundamentos teóricos para la práctica e intervención grupal. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Connors, J. & Heaven, P.C. (1987). Authoritarianism and just world beliefs. *Journal of Social Psychology*, 127(3), 345-356. doi: 10.1080/00224545.1987.9713702.
- Dalbert, C. (2010). *The justice motive as personal resource. Dealing with challenges and critical life events*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Dalbert, C. & Yamauchi, L.A. (1994). Belief in a just world and attitudes toward immigrants and foreign workers: a Cultural comparison between Hawaii and Germany. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(18), 1612-1626. doi: 10.1111/j.1559-1816.1994.tb01565.x.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Ferreira, C. P. (2017). *Anomia y delito en la posmodernidad. Estudio empírico, de carácter psicosocial, comparando presos y personas en situación o no de riesgo social*. (Tesis doctoral). Dpto. de Psicología Social, Universidade de Málaga, Málaga, Espanha (en cotutela con la Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil). Recuperado de: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/15864>
- Ferreira, C. P., Moreno-Jiménez, M. P. & Massola, G. M. (2021). Bienestar social, autoestima y reconocimiento: estudio empírico sobre crimen y exclusión basado en la categoría de menosprecio de Axel Honneth. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), 11-26. doi:10.15446/rcp.v30n1.80978.

- García-Viniegras, C. R. V. y González-Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi10600.pdf
- Herzog, B. & Hernández-Dobon, F. (2012). The notion of “struggle” in Axel Honneth’s recognition theory. On the possibility of overcoming the “sociological deficit” of Critical Theory with the help of Discourse Analysis. *Política y Sociedad*, 49(3), 609-623.
- Honneth, A. (2009). *Luta por reconhecimento. A gramática moral dos conflitos sociais*. (Luiz Repa trad.). (2ª ed.). São Paulo: Editora 34.
- Honneth, A. (2010). *Reconocimiento y menosprecio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. (Judit Romeu Labayen trad.). Barcelona: Katz Editores.
- Jost, J.T. & Burgess, D. (2000). Attitudinal ambivalence and the conflict between group and system justification motives in low status groups. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(3), 293-305. doi: 10.1177/0146167200265003.
- Jost, J.T., Federico, C.M. & Napier, J.L. (2009). Political ideology: Its structure, functions, and elective affinities. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 307-333. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163600.
- Jost, J.T. & Hunyady, O. (2005). Antecedents and consequences of system-justifying ideologies. *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), 260-265. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00377.x.
- Jost, J. T. & Thompson, E. P. (2000). Group-based dominance and opposition to equality as independent predictors of self-esteem, ethnocentrism, and social policy attitudes among African Americans and European Americans. *Journal of Experimental Social Psychology*, 36, 209–232.
- Lerner, M. (1980). *The belief in a just world: a fundamental delusion*. New York: Plenum.
- Lerner, M. & Clayton, S. (2011). *Justice and self-interest: Two fundamental motives*. New York: Cambridge University Press.
- Lipkus, I. (1991). The construction and preliminary validation of a global belief in a just worlds scale and the exploratory analysis of the multidimensional belief in a just world scale. *Personality and Individual Differences*, 12(11), 1171-1178. doi: 10.1016/0191-8869(91)90081-L.
- Liviatan, I. & Jost, J.T. (2011). System justification theory: Motivated social cognition in the service of the status quo. *Social Cognition*, 29(3), 231-237. doi: 10.1521/so.co.2011.29.3.231.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467.
- Moore, D. (2008). Toward a more just world: What makes people participate in socialaction? En K.A. Hegtvedt & J. Clay-Warner (Eds.), *Justice (Advances in Group Processes, Volume 25, pp. 213-239)*. Reino Unido: Emerald Group Publishing Limited. doi: 10.1016/S0882-6145(08)25013-7.
- Morales, J. F. D. & Sánchez-López, M. P. (2001). Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anales de Psicología*, 17(2), 151-158.
- Moyano, E. & Alvarado, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista Universum (Talca)*, 22(2), 177-193. doi: 10.4067/S0718-23762007000200012.
- Muratori, M., Delfino, G. I., & Zubietta, E. M. (2013). Percepción de anomia, confianza y bienestar: la mirada desde la psicología social. *Revista de Psicología*, 31(1), 130-150. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v31n1/a05v31n1.pdf>
- Musitu, G., García, F., & Gutiérrez, M. (1991). *Autoconcepto Forma A*. Madrid: TEA Ediciones.
- Nikolic-Ristanovic, V. (2014). Making people happy is the best crime prevention: towards happy- making criminology. *European Journal of Criminology*, 11(4), 401-409.
- Ochoa, C. (2015). *Muestreo probabilístico: Muestreo estratificado*. Barcelona: Netquest. Recuperado de <http://www.netquest.com/blog/es/muestreo-probabilistico-muestreo-estratificado/>
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M & Malle, B. F. (1994). Social Dominance Orientation: A Personality Variable Predicting Social and Political Attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 741–763.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey, EE. UU.: Princeton University Press.
- Sayre, M. M. (2018). Teaching Note-Reification and Recognition in the Inside-Out Prison Exchange Program. *Journal of Social Work Education*, 54(3), 591-597.
- Sidanius, J. & Peña, Y. (2002). U.S. patriotism and ideologies of group dominance: A tale of asymmetry. *Journal of Social Psychology*, 142, 782–790.

- Silván-Ferrero, M. P., & Bustillos, A. (2007). Adaptación de la escala de Orientación a la Dominancia Social al castellano: validación de la Dominancia Grupal y la Oposición a la Igualdad como factores subyacentes. *Revista de Psicología Social*, 22(1), 3–15. doi: 10.1174/021347407779697485.
- Srole, L. (1956). Social Integration and Certain Corollaries: an Exploratory Study. *American Sociological Review*, 21(6), 709-716.
- Struening, E. L. & Richardson, A. H. (1965). A Factor Analytic Exploration of the Alienation, Anomia and Authoritarianism Domain. *American Sociological Review*, 30(5), 768-776.
- Toledo, F. J. C. (2016). My Body is a Weapong. The Dynamics of the Recognition as an Object of Analysis in Current Jihadism. *Daimon – Revista Internacional de Filosofía*, 5, 633-640.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Aplicación piloto con familias acogedoras del programa Las visitas: Un espacio de desarrollo familiar

Trabajo de investigación del grupo: SEJ-466. Desarrollo e intervención en procesos socioafectivos, cognitivos y comunicativos – Acogimiento Familiar y Adopción
Autora: Lucía González Pasarín

Resumen

El acogimiento familiar es una medida de protección a la infancia cuyo objetivo es dotar a los niños de un contexto familiar normalizado y estable a partir de su integración en una familia acogedora. Una de sus características más relevantes es que los acogidos pueden tener visitas con su familia biológica, para mantener la relación y la vinculación afectiva. Sin embargo, una clara conclusión de la literatura científica es la necesidad de mejorar la calidad de estos contactos y la ausencia de programas de preparación para dichos encuentros. Las visitas: un espacio de desarrollo familiar es un programa sistemático de intervención psicoeducativa que cubre este vacío. Se dirige a familias biológicas y familias acogedoras ajenas involucradas en un proceso de acogimiento con visitas y que precisan de apoyo para el ejercicio de su rol parental. En este estudio se presenta la aplicación piloto con las familias acogedoras ajenas. Inicialmente, han participado 5 familias acogedoras (8 acogedores) de 7 menores en acogimiento permanente. Los resultados preliminares indican mejoras en las competencias de los acogedores y una alta satisfacción con el programa. El programa se presenta como una herramienta útil para los profesionales de la protección a la infancia.

Palabras clave: programa de intervención, apoyo familiar, acogimiento familiar, visitas, familias acogedoras.

Abstract

Family foster care is a child protection measure whose main objective is to provide children with a stable family context through their integration into a foster family. One of its most relevant characteristics is that the fostered children can have visits with their biological family, in order to maintain the relationship and the affective bond. However, a clear conclusion of the scientific literature is the need to improve the quality of these contacts and the absence of support family programs for them. Contact visits: a context for family development is a systematic psychoeducational intervention program that fills this gap. The program targets biological and non-kinship foster families involved in a foster care process with visits and who need support for carrying out their parental role. This study shows the pilot application with non-kinship foster families. At the beginning, participants were 5 foster families (8 foster carers) of 7 children in long term foster care. Preliminary results indicate improvements in the foster parents' competencies and a high satisfaction with the program. The program gives a useful tool for child protection professionals.

Keywords: intervention program, family support, family foster care, contact visits, foster families.

Introducción

El acogimiento familiar es una alternativa dentro del Sistema de Protección de Menores (SPM) que proporciona un contexto familiar normalizado y con unos referentes positivos a las niñas, los niños y los adolescentes (NNA) que son separados de sus familias biológicas, al no constituir estas un medio adecuado para su educación, crianza y desarrollo.

Esta medida tiene como objetivo la integración del niño en una familia acogedora y su plena participación en la vida familiar (art. 173.1 del C.c.), ofreciéndole dicha familia un modelo positivo de afectividad, comunicación, relación y educación.

Según los datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, a 31 de diciembre de 2018, en España había 19.545 NNA en acogimiento familiar (Infancia en Datos, 2021). Concretamente, en Andalucía, datos actualizados del Observatorio de la Infancia de Andalucía (OIA) (Rodríguez y Ruiz, 2020) indican que, a 31 de diciembre de 2019, 2.597 NNA estaban en acogimiento familiar.

Una de las características más importantes de esta medida de protección es que, en la mayoría de los casos, los NNA mantienen visitas y contactos con sus familias de origen. El objetivo es que estos no pierdan estas relaciones fundamentales y mantengan los vínculos afectivos, sobre todo cuando el objetivo es la reunificación familiar (Amorós *et al.*, 2003; Anouk *et al.*, 2016; León, 2012) y, siempre y cuando dichos contactos sean beneficiosos y contribuyan a su bienestar (LO 26/2015).

Por otro lado, las visitas permiten dar continuidad a la historia personal y familiar del niño (Amorós y Palacios, 2004). El acceso directo a sus orígenes contribuye a que conozcan mejor su situación actual y tengan una visión más realista de su familia biológica (Boyle, 2017; Sanchirico y Jablonka, 2000; Taplin, 2005). Esto favorecería el desarrollo adecuado de su identidad y autoestima (Boyle, 2017; Fuentes *et al.*, 2019).

Sin embargo, a pesar de sus potenciales beneficios, los resultados de las investigaciones no permiten generalizar ni utilizar criterios globales para conocer en qué casos las visitas son o no recomendables (Bullen *et al.*, 2017; Delgado *et al.*, 2019; Quinton *et al.*, 1997). Como concluyen las autoras Neil y Howe (2004) y Selwyn (2004), los contactos y las visitas no son beneficiosos *per se*, sino que constituyen un proceso dinámico y transaccional. Son un proceso que cambia a medida que cambian las necesidades del niño y se clarifican las capacidades de sus progenitores para satisfacer dichas necesidades cambiantes (Slade, 2010).

Así, otra clara conclusión de las investigaciones es que para que tanto el acogimiento como las visitas sean realmente beneficiosas, cada caso debe analizarse teniendo en cuenta las características propias (Boyle, 2017; Neil y Howe, 2004; Selwyn, 2004; Carvalho & Delgado, 2014); las visitas deben planificarse adecuadamente; debe buscarse la implicación de todas las partes (Carvalho y Delgado, 2014; Prasad, 2011; Sen y Broadhurst, 2011; Taplin, 2005); y los técnicos deben apoyar a todos los implicados (menor acogido, familia biológica y familia acogedora) (Fuentes *et al.*, 2019; Moyers *et al.*, 2006).

Aunque para las familias de acogida existe un gran desarrollo de programas de preparación y apoyo, numerosas investigaciones (Collings *et al.*, 2020; Fuentes *et al.*, 2019; MacGregor *et al.*, 2006; Schofield *et al.*, 2000) muestran que los acogedores demandan un mayor apoyo por parte de las agencias, así como una preparación más realista, técnica y centrada en las necesidades particulares de los acogidos. Como han demostrado otros estudios (p.ej., Farmer *et al.*, 2004), los acogedores que han recibido formación acerca de las visitas tienen mejores relaciones con los menores y sus familias biológicas, y asumen un papel más activo en las visitas.

En España nos encontramos con una falta de programas específicos para trabajar los contactos y las visitas de las familias biológicas con los niños acogidos. Además, el SPM y las Entidades Colaboradoras en acogimiento familiar (EC) se encuentran con dificultades y falta de recursos para preparar tanto a las familias biológicas como a las acogedoras. En este último caso, el objetivo es que los acogedores puedan responder adecuadamente a las necesidades de los acogidos relacionadas con las visitas, así como hacer frente a las visitas y las dificultades que de ellas se pueden derivar.

En respuesta a esta necesidad y con el objetivo de cubrir este vacío en la preparación de los contactos familiares que tienen lugar durante un proceso de acogimiento familiar, el Grupo de Investigación sobre Acogimiento Familiar de la Universidad de Málaga diseñó el programa sistemático de intervención psicoeducativa *Las visitas: un espacio de desarrollo familiar* (Bernedo *et al.*, 2020). Se dirige a las familias biológicas y a las familias acogedoras ajenas implicadas en un proceso de acogimiento con visitas con o sin supervisión y que precisan de apoyo específico para el ejercicio de su rol parental.

El programa se enmarca dentro del proyecto I+D titulado “*Aplicación de un programa de intervención psicoeducativa para mejorar las visitas entre los niños acogidos y sus familias biológicas*”

(EDU2016 77094-P). Su diseño organiza los resultados de los proyectos de investigación anteriores (Salas et al., 2009; Salas et al., 2016) y se enriquece con las aportaciones de los diferentes agentes implicados en las visitas (familias biológicas, familias acogedoras y técnicos), conocidas a través del estudio de necesidades realizado previamente al diseño del programa (Fuentes et al., 2019; García-Marín et al., 2019; García-Martín et al., en revisión; Salas et al., 2021). Ha sido consensuado con el SPM y las ECs de Málaga (Infancia y Hogar Abierto), Granada (Aldaima) y Jaén (Apraf-a); y ha sido publicado en el OIA (Bernedo et al., 2020), por lo que cualquier profesional interesado puede hacer un uso libre y gratuito del mismo.

El objetivo del presente trabajo es presentar los primeros resultados de la evaluación de la aplicación piloto con las familias acogedoras ajenas. El *objetivo general* de la intervención psicoeducativa con las familias acogedoras es mejorar la calidad de las visitas de los acogidos en familia ajena con su familia biológica, a través de la promoción de las competencias parentales, educativas y emocionales de las familias acogedoras. Algunos de los *objetivos específicos* de dicha intervención son:

- a) Sensibilizar a la familia sobre la importancia de las visitas para el buen desarrollo del acogimiento y el bienestar de los acogidos.
- b) Propiciar la comprensión de la situación de la familia biológica, proporcionando una visión contextualizada, evolutiva y realista.
- c) Fomentar la capacidad para identificar, reconocer y gestionar las emociones y los sentimientos del acogido en relación con las visitas, su familia biológica y su familia acogedora.
- d) Mejorar las habilidades emocionales, comunicativas y educativas, así como los recursos personales y familiares para gestionar adecuadamente la preparación del niño para las visitas, y la resolución de las posibles dificultades surgidas en torno a las visitas.

Metodología

Participantes

Al inicio de la intervención, los participantes eran cinco familias acogedoras ajenas, un total de ocho acogedores (dos acogedoras y tres parejas), de siete menores en acogimiento permanente de entre 5 y 12 años de la provincia de Málaga, con visitas con o sin supervisión. Durante la aplicación piloto del programa, uno de los acogimientos familiares cesó, las menores acogidas pasaron a una medida de acogimiento residencial, por lo que la intervención con esta familia (una pareja de acogedores) no pudo continuar (caso 3 y 4 de la Tabla 1). Habían realizado dos de las siete sesiones del programa de formación. De este modo, finalizaron el programa cuatro familias acogedoras, un total seis acogedores (dos acogedoras y dos parejas), de cinco niñas y niños acogidos (una niña, cuatro niños y una pareja de hermanos). Todos los casos estaban gestionados por la EC de la Junta de Andalucía Infancia. En la Tabla 1 se resumen los principales datos descriptivos de los casos.

Tabla 1
Datos descriptivos de las familias acogedoras participantes en el programa de intervención

Nº Caso	Sexo	Edad ¹ (años)	Tipo acogimiento	Régimen visitas	Visita supervisada	Familia biológica que visita	Familia acogedora
1	M	10	Permanente	Quincenal	No	Madre y hermano (acogido en centro)	Pareja heterosexual
2	H	9	Permanente	Mensual	No	Madre	Pareja heterosexual
3	M	9	Permanente	Mensual	Sí	Madre, Padre y hermano (acogido en centro)	Pareja heterosexual
4	M	9	Permanente	Mensual	Sí	Madre, Padre y hermano (acogido en centro)	Pareja heterosexual
5	H	4	Permanente	Mensual	Sí	Madre y pareja	Familia monomarental
6	H	9	Permanente	Quincenal	No	Madre	Pareja heterosexual
7	H	11	Permanente	Quincenal	No	Madre	Pareja heterosexual

Nota. ¹Edad al inicio de la intervención.

Instrumentos

Los instrumentos empleados fueron diseñados y elaborados específicamente para este estudio por el GI sobre Acogimiento Familiar de la Universidad de Málaga. En este trabajo se emplearon los siguientes:

Ficha de recogida de datos (González-Pasarín et al., 2018; adaptada de Bernedo et al., 2008). Esta ficha recoge características de los menores acogidos, de sus familias acogedoras y biológicas, del acogimiento y del desarrollo de las visitas.

Ficha de valoración de las sesiones. Cuestionario conformado por seis preguntas en el que se recoge información cualitativa y cuantitativa sobre aspectos técnicos y pedagógicos de cada sesión, así como el grado de satisfacción global con las mismas. Las preguntas 1 a 3 y la 6 son preguntas abiertas de respuesta corta. Las preguntas 4 y 5 son tipo Likert de 6 puntos (1= nada de satisfecho; 6 = muy satisfecho).

Procedimiento

En primer lugar, se contactó con el SPM y las ECs de Málaga, Granada y Jaén para la autorización y el consentimiento de la realización del estudio.

Una vez diseñado el programa *Las visitas: un espacio de desarrollo familiar* (Bernedo et al., 2021), se contactó con la EC Infancia de Málaga para que identificase a las familias susceptibles de participación. A continuación, siguiendo el diseño pretest-intervención-postest, se contactó con las familias y los técnicos para realizar las entrevistas semiestructuradas, previa obtención del consentimiento escrito de participación.

La intervención con las familias acogedoras consistió en la aplicación del módulo de familias acogedoras del programa. Este módulo comprende siete sesiones, que fueron aplicadas de manera consecutiva y realizadas con la periodicidad establecida por el régimen de relaciones familiares del caso de acogimiento. Las seis primeras sesiones son individuales y, la última sesión es grupal, con todas las familias acogedoras que participen.

La intervención se llevó a cabo en el Punto de Encuentro Familiar (PEF) habilitado por la EC Infancia, mientras se producía la visita entre el acogido y su familia biológica. La duración de las sesiones fue aproximadamente de una hora y media.

A continuación, se presentan las actividades de cada sesión seleccionadas y aplicadas del módulo de familias acogedoras (Tabla 2). Al final de cada sesión, se entregó la *Ficha de valoración de las sesiones* para la evaluación continua del programa.

Tabla 2

Actividades realizadas en cada sesión con las familias acogedoras

Sesión	Actividad
1. Nos presentamos. trabajando juntos por el bienestar de los niños	Conociendo el programa
	Buscando el equilibrio
2. Construyendo la historia familiar	Conociendo la historia del niño
3. Identificando emociones tras la conducta del niño	El iceberg: ¿qué hay bajo la conducta del niño?
4. Prepararse y preparar al niño para las visitas	Y las visitas ¿para qué?
	¡Poniéndonos al día!
5. ¿Qué hacemos después de las visitas?	¿Qué hacemos después de las visitas?
6. ¿Cómo solventar las dificultades surgidas en torno a las visitas?	Estudio de casos
7. Compartiendo experiencias y vivencias con otras familias acogedoras. Cierre y despedida.	Compartir la experiencia sobre las visitas
	El muro de lo aprendido

En la fase post evaluación, se volvieron a realizar las mismas entrevistas semiestructuradas con las familias acogedoras y los técnicos de la fase pre. Igualmente, se realizaron dos reuniones con el director de la EC, los profesionales encargados de la gestión y supervisión de las visitas, y las dos psicólogas responsables del seguimiento de los casos. La primera reunión de seguimiento a mitad de la intervención, en la que se les trasladaron los aspectos más relevantes de cada caso. Y la última, se realizó una vez finalizada la intervención y realizadas las entrevistas post, con el objetivo de dar una evolución sobre los avances y los aspectos a mejorar en cada caso.

Análisis de datos

Los datos analizados para este estudio son los recogidos en cada una de las *Fichas de valoración de las sesiones*, cumplimentada por cada uno de los participantes. Para el análisis de las respuestas a las preguntas abiertas de este cuestionario, se siguió el método inductivo para identificar temas comunes en dichas respuestas. Las categorías establecidas con base a la formulación de las preguntas fueron: 1) Aprendizaje sesión/Aspectos de interés; 2) Principal dificultad; 3) Lo que más me ha gustado; 4) Lo que menos me ha gustado; 5) Aspectos a mejorar. La codificación atendía a una palabra o frase clave representativa de las respuestas de los participantes.

Finalizado este proceso, se volcaron los datos en el SPSS 25.0. Se llevaron a cabo análisis de frecuencias para conocer la tasa de aparición de cada código por categoría. También, se realizaron análisis de frecuencias de los datos cuantitativos sobre la satisfacción con diferentes aspectos de la sesión y la satisfacción global con estas.

Resultados

Respecto a la satisfacción global con cada una de las sesiones, las familias acogedoras presentaron una satisfacción elevada (Tabla 3), indicando principalmente sentirse bastante o muy satisfechas con cada una.

Tabla 3
Satisfacción global de las familias acogedoras con cada una de las sesiones

	Caso						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>M</i>	5.60	5.60	6	5.67	5.67	5.80	6
<i>DT</i>	.79	.55	0	.52	.82	.45	

En general, también presentan una elevada satisfacción con los siguientes aspectos: utilidad de los contenidos, actividades realizadas, duración de las sesiones y trato recibido (Tabla 4). Así, refieren sentirse muy satisfechos o bastante satisfechos. Si bien, con la duración hay participantes que reportan una baja satisfacción con las siguientes sesiones: 1 (2/7 indican estar algo satisfechos), 4 (1/6 nada satisfecha), 5 y 6 (1/6 indican estar algo satisfecha).

Tabla 4
Satisfacción con aspectos técnicos y pedagógicos de cada sesión

	Caso						
	1	2	3	4	5	6	7
Utilidad	4.86* (1.21)	5.60 (.89)	5.67 (.52)	5.33 (1.21)	5.67 (.52)	5.60 (.55)	6 (0)
Actividades	5.33 (.82)	5.60 (.55)	5.80 (.45)	5.50 (.84)	5.67 (.52)	5.80 (.45)	5.67 (.58)
Duración	5.29 (.95)	5 (1.73)	5.67 (.52)	5 (2)	5.50 (.84)	5.60 (.89)	5.67 (.58)
Trato recibido	6	6	6	6	6	6	6

*Media y desviación típica entre paréntesis.

Respecto a la utilidad de los contenidos, las respuestas a las preguntas abiertas reflejan que las familias acogedoras han asimilado contenidos trabajados en las sesiones, así destacan como aprendizajes de la sesión o aspectos de mayor interés:

- Sesión 2: Trabajo de Historia de Vida del niño (THV). En este sentido, una acogedora destaca el haber aprendido cómo explicarle al menor el rol que cada uno ocupa en la familia; y dos acogedores el haber aprendido la importancia de construir una narrativa lineal y completa de la vida de los menores acogidos: *“la línea de continuidad en su día a día desde el inicio, intentar y ayudarle a que lo visualice”* (Acogedor 2).

Igualmente, dos acogedoras destacan el papel de la familia biológica en la construcción y de la historia de vida del acogido: *“la familia biológica puede decir mucho y dar información importante para la menor”* (Acogedora 3); *“Veó muy positivo que la madre biológica aprenda y nosotros saber sus ideas, recuerdos”* (Acogedora 8).

- Sesión 3: Las familias acogedoras manifiestan haber aprendido a identificar o responder a las emociones del niño acogido. Por ejemplo, una acogedora manifiesta haber aprendido a *“diferenciar la conducta-emoción-pensamiento, a reflexionar sobre los atributos que se asignan y a estar más atenta a las reacciones de la menor a la que acoge antes y después de las visitas”* (Acogedora 3). Otra manifiesta: *“He aprendido la importancia de ver las emociones y sentimientos del niño en una rabieta, el ir más allá no simplemente quedarnos en lo visible”* (Acogedora 7).
- Sesión 4: Dos acogedoras refieren que la sesión les ha permitido afianzar conocimientos sobre cómo preparar al niño para las visitas. Otros dos acogedores reseñan que les ha servido para reflexionar sobre el futuro del niño en el acogimiento. Una destaca las habilidades comunicativas.
- Sesión 5: Cada acogedor reseña un aprendizaje, solo dos coinciden en el aprendizaje de habilidades comunicativas (*“Hay que respetar los espacios/tiempo del menor a la hora de preguntar por temas que no le apetece contar”* Acogedora 7). Por otro lado, se indican habilidades de resolución de conflictos y la importancia del acompañamiento emocional (*“Tener paciencia y arropar ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL”* Acogedor 4).
- Sesión 6: Afrontar el espacio post-visita durante la sesión. Específicamente mencionan que han adquirido conocimientos sobre cómo resolver las dificultades en relación con los niños y su familia biológica, así como las diferentes situaciones que pueden darse durante las visitas, qué puede dificultarlas y cómo abordarlas una vez el niño regresa al núcleo acogedor tras los contactos: *“He aprendido a gestionar los sentimientos y las acciones con otras alternativas”* Acogedora 8.

Discusión

El presente trabajo presenta los primeros resultados de la evaluación de la eficacia de la aplicación piloto con familias acogedoras ajenas del programa *Las visitas: un espacio de desarrollo familiar*. Si bien la muestra de participantes es pequeña y se vio reducida durante la intervención, los resultados parecen indicar que el programa ha promovido las competencias parentales, emocionales y educativas de las familias acogedoras que han participado. De este modo, no solo se han alcanzado algunos de los objetivos específicos de la intervención psicoeducativa con las familias acogedoras, sino que también se ha logrado el objetivo general del programa.

En este sentido, tal y como reflejan las respuestas de las familias acogedoras a las preguntas abiertas de la *Ficha de valoración de la sesión*, el Trabajo de Historia de Vida del niño acogido, ha facilitado la comprensión de la situación de la familia biológica del menor, así como poner en valor las visitas (objetivo a y b). Por otro lado, la intervención psicoeducativa ha favorecido en algunos acogedores la capacidad para identificar, reconocer y gestionar las emociones y los sentimientos del acogido en relación con las visitas (objetivo c). También ha promovido las habilidades comunicativas y los recursos personales y familiares para resolver las dificultades en torno a las visitas (objetivo d).

Igualmente, en dos de las cuatro familias ha permitido que los acogedores reflexionen sobre el futuro de la niña o el niño acogido y la relación que ellos mantendrán con su familia biológica. Cabe destacar que, en estos dos casos, las familias acogedoras y biológicas del acogido se conocían y se encontraban al inicio y la final de las visitas. La cercanía entre ambas familias, así como el hecho de que el acogimiento sea permanente (hasta la mayoría de edad), permite entender la necesidad de los acogedores de reflexionar acerca de cómo gestionar la relación con la familia de origen del niño y, la necesidad de este respecto al contacto con su familia, a medida que el menor vaya creciendo. En este sentido, la intervención ha permitido no solo la asimilación de nuevos aprendizajes, sino también generar un espacio para la reflexión sobre el papel de los propios acogedores.

Por otro lado, se puede concluir que la satisfacción con el programa es alta, dada la elevada satisfacción con los diferentes aspectos técnicos y pedagógicos evaluados, como la satisfacción global con cada sesión. Si bien, el análisis cualitativo de los datos ha permitido conocer que la duración de las sesiones es el aspecto con el que algunas familias acogedoras están menos satisfechas. Esto puede ser debido a considerar el tiempo de algunas sesiones como insuficiente para profundizar en ciertos contenidos, por ejemplo, la sesión 3, *Identificando emociones tras la conducta del niño*. Las necesidades de las familias respecto a esta sesión estarán condicionadas por las alteraciones conductuales y emocionales que presente el acogido antes o después de las visitas, siendo más demandantes cuanto mayor sean dichas alteraciones. Así, aunque las sesiones tenían una duración estimada, al realizarse

durante las visitas que el niño acogido tenía con su familia biológica, cuando estas duraban más de una hora, la sesión podía extenderse algo más.

Finalmente, destacar las principales aportaciones de las familias acogedoras para la mejora de la intervención psicoeducativa. Estas proponen incluir: a) tiempo compartido entre la familia biológica y la familia acogedora, cuando estas ya se conocen; b) más sesiones grupales con otras familias acogedoras, tanto cuando ya tienen un grupo de referencia como cuando aún no tienen bagaje en estos encuentros grupales; y, c) sesiones entre la familia acogedora y el niño.

En conclusión, teniendo en cuenta que se trata de resultados preliminares y, a pesar de la reducida muestra, el programa *Las visitas: un espacio de desarrollo familiar* se presenta como una herramienta de apoyo útil para los profesionales de la protección a la infancia que desempeñan su labor en el área del acogimiento familiar, en concreto, en las visitas y los contactos que las niñas y los niños acogidos mantienen con sus familias biológicas. De este modo, complementa los recursos sociales, psicológicos y educativos existentes para apoyar el proceso de acogimiento.

Agradecimientos

Esta investigación se ha realizado dentro del Proyecto I+D de Fomento de la Investigación Científica y Técnica de Excelencia (Subprograma Estatal de Generación del Conocimiento) (EDU2016-77094-P) financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad. Agradecemos la colaboración de Servicios de Protección de Menores de las Delegaciones Territoriales de las provincias andaluzas de Málaga, Granada y Jaén (Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía), así como de las Entidades Colaboradoras que gestionan los acogimientos familiares en dichas provincias.

La autora González-Pasarín, L. es beneficiaria de la beca predoctoral de la Universidad de Málaga (I Plan Propio de Investigación y Transferencia).

Referencias

- Amorós, P., y Palacios, J. (2004). *El acogimiento familiar*. Alianza.
- Amorós, P., Palacios, J., Fuentes, N., León, E., y Mesas, A. (2003). *Familias Canguro. Una experiencia de protección a la infancia*. Fundación “La Caixa”.
- Anouk, G., Vanderfaeilli, J., Damen, H., Pijnenburg, H., y Van Holen, F. (2016). Reunification of Foster children: Factor associated with reunification outcomes in Flanders and the Netherlands. *Children and Youth Services Review*, 70, 284-292. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.09.023>
- Bernedo, I. M., Fuentes, M. J., y Salas, M. D. (2008). *Ficha de Recogida de Datos sobre el Acogimiento*. Documento sin publicar. Universidad de Málaga.
- Bernedo, I. M., González-Pasarín, L., Salas, M. D., y Fuentes, M. J. (2020). *Las visitas: un espacio de desarrollo familiar*. Observatorio de la Infancia en Andalucía. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7303
- Boyle, C. (2017). ‘What is the impact of birth family contact on children in adoption and long-term Foster care?’ A systematic review. *Child and Family Social Work*, 22, 22-33. <https://doi.org/10.1111/cfs.12236>
- Bullen, T., Taplin, S., McArthur, M., Humphreys, M., y Kertesz, M. (2017). Interventions to improve supervised contact visits between children in out of home care and their parents: a systematic review. *Child and Family Social Work*, 22, 822–833. <https://doi.org/10.1111/cfs.12301>
- Carvalho, J. M. S., y Delgado, P. (2014). Contact in Foster Care: Bridge or Collision between Two Worlds? *Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk*, 5(1), 10. <http://digitalcommons.library.tmc.edu/childrenatrisk/vol5/iss1/10>
- Código Civil Español. Boletín Oficial del Estado, de 25 de julio de 1889, núm. 206, pp. 249-259.
- Collings, S, Wright, A. C, Spencer, M., & Luu, B. (2020). How foster carers experience agency support for birth family contact. *Child & Family Social Work*, 25, 83-91. <https://doi.org/10.1111/cfs.12656>
- Delgado, P., Pinto, V. S., Carvalho, J. M. S., y Gilligan, R. (2019). Family contact in foster care in Portugal. The views of children in foster care and other key factors. *Child & Family Social Work*, 24(1), 98-105. <https://doi.org/10.1111/cfs.12586>
- Farmer, E., Moyers, S., y Lipscombe, J. (2004). *Fostering adolescents*. Jessica Kingsley Publishers.
- Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., Salas, M. D., y García-Martín, M. A. (2019). What do Foster families and social workers think about children’s contact with birth parents? A focus group analysis. *International Social Work*, 62(5), 1416–1430. <https://doi.org/10.1177/002087281877475>
- García-Martín, M. A., Bernedo, I. M., Salas, M. D., y González-Pasarín, L. (en revisión). Indicators of contact visit quality in non-kinship foster care: An observational checklist. *Family Relations*.

- García-Martín, M. A., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., y Salas, M. D. (2019). The views of birth families regarding access visits in foster care. *Journal of Social Work*, 19(2) 173–191. <https://doi.org/10.1177/1468017318757399>
- González-Pasarín, L., Bernedo, I. M., Salas, M. D., y Fuentes, M. J. (2018). *Ficha de Recogida de Datos*. Documento sin publicar. Universidad de Málaga.
- Jiménez, J., y Palacios, J. (2008). *Acogimiento familiar en Andalucía. Procesos familiares, perfiles personales*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- León, E. (2012). *La reunificación familiar tras el acogimiento. Una aproximación psicosocial desde la perspectiva de niños y niñas, familias biológicas y familias de acogida*. Editorial Académica Española.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 29 de julio de 2015, núm. 180, pp. 64544-64613.
- MacGregor, T. E., Rodger, S., Cummings, A. L., y Leschied, A. W. (2006). The needs of foster parents: A qualitative study of motivation, support, and retention. *Qualitative Social Work*, 5(3), 351-368. <https://doi.org/10.1177/1473325006067365>
- Moyers, S., Farmer, E., y Lipscombe, J. (2006). Contact with family members and its impact on adolescents and their foster placements. *British Journal of Social Work*, 36, 541-559. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch270>
- Neil, E., y Howe, D. (2004). Conclusions: A transactional model for thinking about contact. In E. Neil y D. Howe (Eds.), *Contact in adoption and permanent foster care* (pp. 224-254). British Association for Adoption and Fostering (BAAF).
- Prasad, N. (2011). *Decision making principles around contact visits: A literature review*. Uniting Care Children, Young People and Families.
- Quinton, D., Rushton, A., Dance, C., y Mayes, D. (1997). Contact between children away home and their birth parents: Research issues and evidence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2(3), 393-413. <https://doi.org/10.1177/1359104597023007>
- Rodríguez, A., y Ruíz, B. (2020). *Maltrato y protección. Informe OIA 2020*. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7257
- Salas, M. D., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., y García-Martín, M. A. (2016). Contact visits between foster children and their birth family: the views of foster children, foster parents and social workers. *Child y Family Social Work*, 21(4), pp. 473-483. <https://doi.org/10.1111/cfs.12163>
- Salas, M. D., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., y García-Martín, M. A. (2021). Behavioral Observation and Analysis of Participants in Foster Care Visits. *Family Relations*, 70, 540-556. <https://doi.org/10.1111/fare.12430>
- Salas, M., Fuentes, M., Bernedo, I., García, M., y Camacho, S. (2009). Acogimiento en familia ajena y visitas de los menores con sus padres biológicos. *Escritos de Psicología*, 2(2), 35-42.
- Sanchirico, A., y Jablonka, K. (2000). Keeping foster children connected to their biological parents: The impact of foster parent training and support. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17, 185–203. <https://doi.org/10.1023/A:1007583813448>
- Schofield, G., Beek, M., Sargent, K., y Thoburn, J. (2000). *Growing up in foster care*. British Association for Adoption and Fostering (BAAF).
- Selwyn, J. (2004) Placing older children in new families: changing patterns of contact. En E. Neil y D. Howe (Eds.), *Contact in Adoption and Permanent Foster Care* (pp. 144–164). British Association for Adoption and Fostering (BAAF).
- Sen, R., y Broadhurst, K. (2011). Contact between children in out-of-home placements and their family and friends networks: A research review. *Child and Family Social Work*, 16(3), 298-309. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2010.00741.x>
- Slade, A. (2010). *A Guide to Best Practice in Supervised Child Contact*. Coram. <https://www.coram.org.uk/resource/guide-best-practice-supervised-child-contact>
- Taplin, S. (2005). *Is all contact between children in care and their birth parents good contact?* Sydney: Department of Community Services.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

¿Qué es la polarización? Una aproximación al concepto de polarización y a sus formas de medición

Trabajo de investigación del grupo: HUM-590. Calidad de vida e intervención comunitaria y organizacional

Autoras: Marta Barros y Juliana Montenegro

Resumen

La polarización es un fenómeno que se desarrolla en el marco de la interacción de los grupos y que se produce por la activación de la identidad (Tajfel y Turner, 1979). Algunos estudios consideran la polarización un problema para el sistema democrático (Dryzek et al., 2019; Gidron et al., 2019; McCoy y Somer, 2019), debido a que la polarización afectiva, producida por la activación de identidades partidistas, genera rechazo entre personas de distintos partidos y un contexto donde el consenso necesario para la vida en democracia es difícil de alcanzar (Hetherington y Rudolph, 2015; Manson, 2015; Levendusky, 2013; Iyengar et al., 2012). No obstante, parece que, si se dejan atrás las identidades partidistas, las personas no están tan alejadas en temas políticos (Fishkin et al., 2021; Myers, 2021; Miller, 2020; Manson 2015). Los estudios señalan las innovaciones democráticas como posibles mecanismos para reducir la polarización (Fishkin et al., 2021; Escobar, 2017). En la literatura, se encuentran mediciones para la polarización afectiva a partir de tres dimensiones (Iyengar et al., 2019): a) emocional, b) cognitiva y c) conductual. Por su parte, la polarización temática se mide por la distancia entre las respuestas de personas de diferentes partidos ante ciertos temas (Fishkin, 2021).

Palabras clave: Polarización afectiva; identidad grupal; democracia.

Abstract

Polarization is a phenomenon which develops within the framework of interaction of groups, concretely it appears due to the activation of the group identity (Tajfel y Turner, 1979). Some studies consider polarization a problem for the democratic system (Dryzek et al., 2019; Gidron et al., 2019; McCoy y Somer, 2019). Affective polarization, which is caused by the activation of party identities, induces the rejection of people from different parties and a context where the necessary consensus for living in democracy it's difficult to get (Hetherington y Rudolph, 2015; Manson, 2015; Levendusky, 2013; Iyengar et al., 2012). Nevertheless, it seems that if party identities left behind, people are not so far apart about policy issues (Fishkin et al., 2021; Myers, 2021; Miller, 2020; Manson 2015). Scholars point to democratic innovations as a way to reduce the political polarization (Fishkin et al., 2021; Escobar, 2017). Authors identify measuring of three aspects of affective polarization: a) emotional, b) cognitive, and c) behavioral. On the other hand, problem-based polarization is measured by the distance between the responses of people from different parties to certain problems (Fishkin et al., 2021).

Keywords: Affective polarization; identity group; democracy.

1. Introducción

Los estudios sobre la polarización se encuentran en un escenario relevante, hecho que se denota en el alto número de investigaciones recientes existentes, que tratan de explicar cómo funciona la polarización desde diversos enfoques, como la polarización en temas políticos (Fishkin et al. 2021), el rol de las emociones en la polarización (Simas, Clifford y Kirkland, 2020) o la polarización afectiva (Iyengar et al. 2019, 2012, Manson, 2018; 2015; Iyengar y Westwood, 2015). El presente trabajo recoge una aproximación al fenómeno de la polarización y un breve recorrido por las formas principales de mensuración encontradas en la literatura.

La polarización como efecto de la identificación grupal en torno a los partidos políticos, se ha venido estudiando en Estados Unidos con interés en los efectos de este fenómeno en el comportamiento electoral entre otros impactos (Clifford y Kirkland, 2020; Iyengar et al., 2019; Manson, 2015). Las investigaciones realizadas en el contexto estadounidense permiten constatar que en los últimos 50 años se han reforzado los procesos de identificación partidista (Manson, 2015), dividiendo al electorado en 2 grandes bloques, demócratas y republicanos.

Recientemente los autores tratan la polarización desde una perspectiva psicológica, usando teorías explicativas de la polarización grupal, como la Perspectiva de la Identidad Social (Tajfel y Turner, 1979), desde donde la polarización se presenta como un efecto de procesos de identificación y categorización grupal. Por su parte, autores como Iyengar et al. (2019) denominan polarización afectiva el efecto de la exaltación de las identidades partidistas. En ese fenómeno, relacionado con la identidad y el afecto, se produce el reforzamiento de los sentimientos positivos hacia las personas del propio partido y las evaluaciones negativas hacia los miembros del exogrupo (Iyengar et al., 2012; Iyengar & Westwood, 2015) -el partido de la oposición-.

Según los estudios revisados, la falta de entendimiento en un contexto de polarización produce bloqueos legislativos (Hetherington y Rudolph, 2015; Jones, 2001; Binder, 1999) y bajos niveles de confianza en las instituciones de gobierno (Banda y Kirkland, 2017; Hetherington y Rudolph, 2015). En España, por ejemplo, como plantea Miller (2020) se han producido sucesivos años en los que no ha habido consenso en torno a la aprobación de los presupuestos generales del estado, como una muestra de bloqueo por la falta de entendimiento de los partidos políticos.

En cambio, esta falta de entendimiento entre dos grupos que se denota en la polarización afectiva parece no ser sustancial cuando en el centro de la cuestión se sitúan los temas políticos concretos (Fishkin et al., 2021; Miller, 2020; Manson, 2015). Sobre esta cuestión, los estudios revisados, a pesar de que no son concluyentes, explican que parece que, si no se activan las categorías relativas a los partidos políticos, las personas de distinta ideología no están tan en desacuerdo sobre cuestiones políticas (Fishkin et al. 2021; Miller, 2020). Fishkin et al. (2021) muestran que los procesos deliberativos pueden acercar las posiciones de personas de partidos distintos y, por tanto, reducir la polarización. A continuación, se presenta una revisión del concepto de polarización y las principales formas de medición identificadas en la literatura revisada.

2. El concepto de polarización

El concepto de la polarización es explicado por la psicología por autores como Moscovici y Zavalloni (1969) como un fenómeno inducido por el grupo que implica un cambio de actitud hacia una cuestión concreta. De hecho, sería la interacción grupal la que determinaría los ajustes en los posicionamientos individuales a polarización, el grupo tan solo configuraría el espacio en el que se desarrolla la polarización (Turner, 1991). Los ajustes que se producen en la interacción grupal tienen que ver con la intensificación de las preferencias iniciales de un grupo (Baron et al. 1992) en torno a una cuestión concreta. Así, entendemos como polarización el resultado de un proceso en el que las preferencias inicialmente predominantes en un grupo se intensifican, tras la interacción y comunicación grupal.

Hay distintos enfoques teóricos desde donde se explica el fenómeno de la polarización. Parte de la literatura revisada (Jung et al., 2019; Velásquez et al., 2019; Manson 2015; Westfall et al., 2015; Iyengar et al. 2012) pone de relevancia la Perspectiva de la Identidad Social (Tajfel y Turner, 1979) que se articula en torno a la Teoría de la Autocategorización del Yo (TAY) y la Teoría de la Identidad Social (TIS) entre otras. Desde esta perspectiva, parece que son condiciones necesarias para que se produzca la polarización grupal, la identificación compartida y la autocategorización dentro del grupo. Es decir, la polarización sería un efecto de la influencia en el grupo y se produciría por la identificación grupal y la aceptación de la norma del grupo que permite maximizar las diferencias intergrupales y reducir las intragrupalas. Concretamente, la TAY, explica que la norma grupal compartida es la posición prototípica del grupo, que es aquella que define y hace único al grupo y sería a través del refuerzo de

dicha norma, que las personas se acercan cada vez más a la posición del grupo y agrandan la distancia en cuenta a la posición de otros grupos.

La polarización, como efecto producido por el refuerzo de las identidades partidistas, es denominado por la literatura como polarización afectiva (Iyengar et al., 2012), y supera la identidad racial, religiosa o de género (Iyengar y Westwood, 2015). La polarización afectiva es descrita, es una manifestación de actitud en términos de favoritismo u hostilidad hacia ciertos objetos políticos, como candidatos políticos o partidos (Simas et al., 2020; Iyengar et al. 2019; Hyun y Moon, 2016; Iyengar y Westwood, 2015; Turner et al., 1990). Se manifiesta en la tendencia a agudizar la separación entre el mantenimiento de una visión negativa hacia los miembros de otros partidos políticos y a realizar la evaluación positiva hacia las personas del partido que apoyas (Iyengar y Westwood, 2015; Iyengar et al., 2012). Según la literatura, no solamente se produciría este proceso de distancia social, como se plantea en la Teoría de la Autocategorización del Yo, sino que la identificación con los partidos políticos parece que provoca respuestas emocionales y sesgadas que generan impacto en los comportamientos y en las opiniones (Manson, 2015), mostrando rechazo hacia las personas de los partidos contrarios.

El concepto de polarización en el que basan sus investigaciones autores como Miller (2020) e Iyengar et al., (2012) se fundamenta en la identidad, en el afecto y en lo emocional, a diferencia de otras posturas donde relacionan la polarización como el efecto de los posicionamientos políticos. Los posicionamientos políticos se relacionarían con procesos de polarización ideológica (Miller, 2020; Manson, 2015) ya que ambas, la polarización afectiva y la polarización ideológica, son conceptos teóricos distintos a pesar de que hay conexiones entre ellos (Abramowitz y Webster 2016). La polarización ideológica o temática es la distancia en preferencias políticas entre miembros de diferentes grupos (Fishkin, 2021). Estas conexiones son estudiadas por varios autores (Hernández et al., 2021; Abramowitz y Webster, 2016; Manson 2015) pero no constituye el objetivo de este trabajo de revisión.

En resumen, cuando se habla de polarización afectiva se alude a la identificación con un partido político que habitualmente va de la mano de evaluaciones de carácter afectivo, incluyendo la visión negativa hacia los otros partidos y el favoritismo hacia el propio partido. Así, la prominencia de la identidad grupal es la base que predeciría los sesgos y prejuicios intergrupales (Gaertner et al., 1993; Tajfel, 1984) que hacen se perciba al otro grupo de manera negativa (Levendusky y Malhotra, 2016). Este proceso provoca la emergencia de estereotipos sociales que juegan un papel clave en el surgimiento y mantenimiento de conflictos sociales (Augoustinos y Walker, 1995).

Sin embargo, varios autores apuntan que, si se aparta la identidad partidista, las personas vinculadas emocionalmente a partidos no tiene posiciones tan distintas sobre las mismas cuestiones (Fishkin et al., 2021; Miller, 2020; Manson 2015). Así como en cuanto la polarización afectiva se refiere, las investigaciones investigación realizadas apuntan parece haberse agudizado en los últimos 50 años (Abramowitz, 2016; Levenduski, 2009; Fiorina, Abrams y Pope, 2005) parece que la polarización temática no ha aumentado a lo largo de los años, sino que se ha mantenido con cierto estatismo (Manson, 2015). Sobre este mismo tema, Miller (2020) apunta que en el caso concreto de España parece haber mayor diferencia entre los niveles detectados de polarización por identidad política e ideológica que por desacuerdo en torno a políticas públicas.

Este hecho, parece ser menos perceptible dado que habitualmente, las personas tienden a relacionarse con aquellas personas que son más afines a ellas y se evita hacerlo con aquellas personas que aportan un punto de vista diferente (Fishkin et al., 2021; Huckfeldt et a., 2004; Mutz, 2002), y por ello, habría una creencia negativa a situar en una posición alejada a personas del exogrupo. De esta manera, el rechazo hacía personas de partidos distintos, ocultaría la existencia de similitudes y posibles puntos de entendimiento entre las personas.

En este marco, Fishkin et. al. (2021) plantean los procesos deliberativos como posible estrategia para acercar a las personas con identidades partidistas diversas y reducir la polarización existente. Según los autores, los espacios de deliberación permiten escuchar argumentos a favor y en contra de temas políticos, y este proceso parece que funciona para que personas superen la conformidad partidista. Sus resultados muestran que, después de la deliberación, republicanos y demócratas se acercaron al mismo lado del problema y se redujo la polarización afectiva y la temática. A pesar de que los estudios sobre este tema no son concluyentes, parece que una de las claves podría encontrarse en la activación de una nueva categoría entre las personas que participan de los espacios deliberativos. Según un estudio realizado por Myers (2021) la participación en los *minipublics*, un tipo de proceso deliberativo, puede generar una nueva identidad compartida en las personas que participan, la cual reduciría el peso de las identidades partidistas y posibilitaría la construcción de consensos políticos.

3. Medición

En la investigación sobre la polarización grupal, según Gil y Alcover (1998), se deben dar 3 fases diferenciadas, más allá del objeto de estudio y de los instrumentos utilizados: pre-test, discusión y consenso y post-test. En la primera fase, *fase pre-test*, se realiza una medición inicial de los puntos de vista individuales del grupo. A partir de esos resultados individuales, se extraería la media grupal, la posición inicial del grupo en relación con el objetivo de estudio. En la segunda fase, *fase de discusión y consenso grupal*, el grupo establecería una discusión en torno a una cuestión concreta con el objetivo de encontrar un consenso. Por último, en la *fase pos-test*, se trataría de llevar a cabo de nuevo la medición de los puntos de vista individuales realizada en la primera fase para extraer de nuevo la media grupal.

En esta secuencia de medición, la premisa para que se dé polarización sería, por una parte, que, en la medición inicial individual, en la fase pre-test, se reconociese una tendencia dominante (Turner, 1991). Es decir, que la mayoría de las personas elijan una posición en relación con la cuestión concreta hacia alguno de los dos extremos. Asimismo, en la respuesta final se debería encontrar un movimiento hacia el refuerzo de la posición que inicialmente predominaba (Baron et al., 1992; Turner, 1991).

Por otra parte, poniendo el foco en la medición de la polarización afectiva, la literatura muestra múltiples formas para su medición, que pueden agruparse en tres dimensiones: emocional, cognitiva y conductual. A continuación, se recogen los principales instrumentos utilizados en cada caso.

Para medir la polarización afectiva a nivel cognitivo, se llevan a cabo mediciones relacionadas con la identificación de estereotipos hacia el endogrupo y el exogrupo. Este tipo instrumentos permiten mostrar si la cuestión partidista incide en la evaluación que las personas realizan del endogrupo y exogrupo como apunta la literatura.

Entre los estudios revisados, destaca el instrumento utilizado por los autores Iyengar et al. (2012). En la medición, las personas que participan tienen que elegir aquellos adjetivos que caracterizan mejor al endogrupo y al exogrupo, eligiendo entre un listado de atributos como los siguientes: patriota, cerrado de mente, inteligente, egoísta, honesto, abierto de mente, generoso o tacaño. Por otra parte, Clifford (2018) utiliza una adaptación de las 5 dimensiones del carácter moral, basadas en la Teoría de los Fundamentos Morales, para evaluar qué estereotipos se ponen en marcha en los procesos de polarización. Las dimensiones son: autoridad, santidad, justicia, cuidados y lealtad.

Continuando con la medida del componente emocional de la polarización, en los estudios realizados en Estados Unidos sobre polarización, comúnmente se vienen utilizando los datos que arroja la encuesta estadounidense *American National Election Studies* (ANES) (Iyengar et al., 2019, 2012; Banda y Cluverius, 2018; Lu y Lee, 2018; Levenduski y Malhotra, 2016; Manson, 2015; Westfal et al., 2015), que ha desarrollado investigaciones sobre el comportamiento del electorado desde 1948.

Concretamente, para la medición de la polarización afectiva, se utiliza un ítem del ANES donde, las personas participantes tienen que colocar a diferentes grupos y personas en una escala de tipo termómetro de 0 a 100, donde 0 significa frío y 100 significa calor. Introduciendo personas o grupos de distintos partidos, esta escala que permite medir los sentimientos hacia políticos del endo y exogrupo.

Otras de las variables que se estudia en la dimensión emocional de la polarización afectiva, es la distancia social, es decir, la medida en que los individuos se sienten cómodo interactuando con miembros del grupo externo en varios entornos. Los instrumentos que se recogen a continuación se basan en la encuesta llevada a cabo por Almond-Verba en 5 naciones en 1960.

Por una parte, en la encuesta estadounidense YOUNG y en Iyengar et al. (2012) se ha medido la distancia social utilizando el siguiente ítem: "Imagina que una hija o hijo tuyo se va a casar. ¿Cómo te sentirías si se casa con una persona que apoya al partido republicano/demócrata? La respuesta consta de una escala de 4 puntos que van desde "muy molesto" a "en absoluto molesto". Por otra parte, en la investigación realizada por Mason (2018), se utilizan varias adaptaciones para la medición de esta variable. Las personas encuestadas tienen que responder en una escala entre "absolutamente lo haría", "probablemente lo haría" o "probablemente no lo haría" o "absolutamente no lo haría", cuánto de dispuestas estarían a: a) ser amigos, b) vivir al lado y c) pasar tiempo social, con miembros del otro partido.

Por último, la dimensión conductual de la polarización afectiva es común utilizar el juego de confianza o el juego del dictador que simulan las matrices utilizadas por Tajfel et al. (1971) en los estudios del Paradigma del Grupo Mínimo. Estos instrumentos permiten analizar cómo las personas discriminan hacia el endogrupo o el exogrupo (Iyengar y Westwood, 2015; Carlin y Love, 2013) al activarse la categoría de grupo. En el juego de confianza o *trust game* al participante se le indica que ha recibido una cuantía económica y que con ella puede donar algo, todo o nada a una persona o grupo que se le indica. Asimismo, se le señala que la cuantía de dinero que done se le entregará a

esa persona por triplicado. Además, en el enunciado, explica que la persona o grupo que recibe su donación, podrá devolverle algo de lo que se le done, activándose así las variables de reciprocidad y confianza. Esta secuencia se realiza tanto con personas y grupo de personas pertenecientes al endogrupo al exogrupo, permitiendo observar si existe una predisposición a actuar en beneficio del endogrupo tal y como apunta la literatura. La otra opción para medir el componente conductual, en el juego del dictador que es una versión reducida del anterior juego, donde el participante puede donar sin incluir la variable de reciprocidad y sin la opción en la que el dinero se entrega por triplicado.

Las medidas expuestas hasta ahora, se utilizan para medir la polarización afectiva, la polarización en relación a ciertos temas, por su parte, se analiza de manera específica y distinta a las anteriores. Para medir los cambios de posiciones de los grupos en torno a los temas políticos concretos, los autores Fiskin et al. (2021) siguen una secuencia similar a las fases explicadas en la evaluación clásica de la polarización grupal (Gil y Alcover, 1993). En el procedimiento que siguen, en la fase intermedia, las personas del estudio participan en un proceso deliberativo en el que reciben argumentos a favor y en contra sobre los temas objetivo de estudio. Para evaluar si hay polarización en torno a las cuestiones concretas, en las fases de pre-test y post-test, las personas deben posicionarse en una escala del 1 al 5, donde 1 quiere decir estar totalmente en contra y 5 totalmente a favor y 3 es el punto medio, ante afirmaciones relativas a los temas que se abordan en el proceso deliberativo.


Para concluir este apartado, cabe destacar que este tipo de estudios, centrados en las actitudes hacía la política, tradicionalmente se realizan con población adulta, dejando un vacío en torno a cómo podrían desarrollarse con muestra infantil y adolescente. Estudios realizados con el infancia y adolescencia muestran como la participación política en la infancia tiene efectos positivos en la edad adulta, como, por ejemplo, el incremento del empoderamiento psicológico y el aumento de las interacciones positivas entre los participantes (Albornoz-Manyoma, García-Leiva y Palacios-Gálvez, 2020), un mayor compromiso cívico en la edad adulta, así como el desarrollo de competencias como empatía (Metzger, Ferris y Oosterhoff, 2019). Para cubrir esa carencia, sugerimos la importancia de futuras investigaciones centradas en medir la polarización en las niñas, niños y adolescentes.

4. Referencias

- Abramowitz A. I. y Webster S. (2016). The rise of negative partisanship and the nationalization of U.S. elections in the 21st Century. *Electoral Studies*, 41, 12–22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.electstud.2015.11.001>
- Albornoz-Manyoma, N. G., García-Leiva, P., & Palacios-Gálvez, M. S. (2020). Participation as a mechanism to favour psychological empowerment and positive interaction: The “Ágora Infantil” participatory democracy programme. *Journal of Community Psychology*, 48(5), 1347–1364. <https://doi.org/10.1002/jcop.22328>
- Augoustinos, M. y Walker, I. (1995). *Social Cognition. An Integrated Introduction*. London: Sage Publication.
- Banda, K. y Cluverius, J. (2018). Elite Polarization, Party Extremity, and Affective Polarization. *Electoral Studies*, 56, 90–101. <https://doi.org/10.1016/j.electstud.2018.09.009>
- Banda, K. y Kirkland, J. K. (2017). Legislative Party Polarization and Trust in State Legislatures. *American Politics Research*, 46, 596–628. <https://doi.org/10.1177/1532673X17727317>
- Baron, R. S., Kerr, N. L. y Miller, N. (1992). *Group process, group decision, group action*. Buckingham: Open University Press.
- Binder, S. A. (1999). *The Dynamics of Legislative Gridlock, 1947–96*. *American Political Science Review*, 93(03), 519–33. <https://doi.org/10.2307/2585572>
- Carlin, R. E. y Love, G. J. (2013). *The Politics of Interpersonal Trust and Reciprocity: An Experimental Approach*, 35(1), 43–63. <https://doi.org/10.1007/sl>
- Clifford, S. (2018). Reassessing the structure of presidential character. *Electoral Studies*, 54, 240–247. <https://doi.org/10.1016/j.electstud.2018.04.006>
- Gaertner, S. L., Dovidio, J. F., Anastasio, P. A., Bachman, B. A. y Rust, M. C. (1993). The common in-group identity model: Recategorization and the reduction of intergroup bias. *European Review of Social Psychology*, 4, 1–26. <https://doi.org/10.1080/14792779343000004>
- Dryzek, J. S., Bachtiger, A., Chambers, S., Cohen, J., Druckman, J. N., Felicetti, A., Fishkin, J. S., Farrell, D. M., Fung, A., Gutman, A., Landemore, H., Mansbrige, J., Marien, S., Neblo, M. A., Niemeyer, S., Setälä, M., Slothuus, R., Suiter, J. Thompson, D. y Warren, M. E. (2019). The crisis of democracy and the science of deliberation. *Science*, 363(6432), 1144–1146. <https://doi.org/10.1126/science.aaw2694>

- Escobar, O. (2017). Pluralism and Democratic Participation: What Kind of Citizen are Citizens Invited to be? *Contemporary Pragmatism*, 14(4), 416–438. <https://doi.org/10.1163/18758185-01404002>
- Fiorina M., Abrams S. y Pope J. (2005). *Culture War? The Myth of a Polarized America*. New York: Pearson-Longman.
- Fishkin, J., Siu, A., Diamond, L. y Bradburn, N. (2021). Is Deliberation an Antidote to Extreme Partisan Polarization? Reflections on “America in One Room.” *APSA Comparative Politics Newsletter -Preprints*. <https://doi.org/10.33774/apsa-2020-13zwn>
- Gidron, N., Adams, J. y Horne, W., (2019). Toward a comparative research agenda on affective polarization in mass publics. *APSA Comparative Politics Newsletter*, 29, 30-36. <https://doi.org/10.1017/9781108914123>
- Gil, F. y Alcover, C.M. (1998). *Introducción a la psicología de los grupos*. España: Pirámide
- Hernández, E., Anduiza, E. y Rico, G. (2021). Affective polarization and the salience of elections. *Electoral Studies*, 69. <https://doi.org/10.1016/j.electstud.2020.102203>
- Hetherington, M. J. y Rudolph, T. J. (2017). Political trust and polarization. *Oxford Handbook of Social and Political Trust*, 579–597. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190274801.013.15>
- Huckfeldt, R., Morehouse J. y Osborn, T. (2004). Disagreement, Ambivalence, and Engagement: The Political Consequences of Heterogeneous Networks. *Political Psychology*, 25(1), 65–95. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9221.2004.00357.x>
- Hyun, K. D. y Moon, S. J. (2016). Agenda setting in the partisan TV news context: Attribute agenda setting and polarized evaluation of presidential candidates among viewers of NBC, CNN, and FOX news. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 93, 509-529. <https://doi.org/10.1177/1077699016628820>
- Iyengar, S. y Westwood, S. J. (2015). Fear and Loathing across Party Lines: New Evidence on Group Polarization. *American Journal of Political Science*, 59(3), 690–707. <https://doi.org/10.1111/ajps.12152>
- Iyengar, S., Lelkes, Y., Levendusky, M., Malhotra, N. y Westwood, S. J. (2019). The Origins and Consequences of Affective Polarization in the United States. *Annual Review of Political Science*, 22, 129-146. <https://doi.org/10.1146/annurev-polisci-051117-073034>
- Iyengar, S., Sood, G. y Lelkes, Y. (2012). Affect, not ideology: A social identity perspective on polarization. *Public Opinion Quarterly*, 76, 405–431. <https://doi.org/10.1093/poq/nfs038>
- Jones, D. R. (2001). Party Polarization and Legislative Gridlock. *Political Research Quarterly*, 54(1), 125–41. <https://doi.org/10.1177/106591290105400107>
- Jung J., Grim P., Singer D. J., Bramson A., Berger W. J., Holman B. y Kovaka K. (2019). A multi-disciplinary understanding of polarization. *Am Psychol*, 74(3), 301-314. <https://doi.org/10.1037/amp0000450>
- Levendusky M. S. y Malhotra N. (2016). (Mis)perceptions of partisan polarization in the American public. *Public Opinion Quarterly*, 80(1), 378–91. <https://doi.org/10.1093/poq/nfv045>
- Levendusky M. S. (2013). Partisan media exposure and attitudes toward the opposition. *Political Communication*, 30(4), 565–81. <https://doi.org/10.1080/10584609.2012.737435>
- Levendusky M. S. (2009). *The Partisan Sort: How Liberals Became Democrats and Conservatives Became Republicans*. Chicago: Univ. Chicago Press.
- Lu, Y. y Lee J. K. (2018). Partisan Information Sources and Affective Polarization: Panel Analysis of the Mediating Role of Anger and Fear. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 96(3), 767-783. <https://doi.org/10.1177/1077699018811295>
- Mason, L. (2018). Ideologues without issues: The polarizing consequences of ideological identities. *Public Opinion Quarterly*, 82(S1), 280–301. <https://doi.org/10.1093/poq/nfy005>
- Mason, L. (2015). “I disrespectfully agree”: The differential effects of partisan sorting on social and issue polarization. *American Journal of Political Science*, 59(1), 128–145. <https://doi.org/10.1111/ajps.12089>
- Metzger, A., Ferris, K. A. y Oosterhoff, B. (2019). Adolescents’ Civic Engagement: Concordant and Longitudinal Associations Among Civic Beliefs and Civic Involvement. *Journal of Research on Adolescence*, 29(4), 879–896. <https://doi.org/10.1111/jora.12423>
- McCoy, J. y Somer, M. (2019). Toward a theory of pernicious polarization and how it harms democracies: comparative evidence and possible remedies. *Ann. Am. Acad. Polit. Soc. Sci*, 681(1), 234–271. <https://doi.org/10.1177/0002716218818782>
- Miller, L. (2020). Polarización en España: más divididos por ideología e identidad que por políticas públicas. *EsadeEcPol – Center for Economic Policy and Political Economy*. <https://itemsweb.esade.edu/research/EsadeEcPol-insight-polarizacion.pdf>

- Moscovici, S. y Zavalloni, M. (1969). The group as a polarizer of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12(2), 125–135. <https://doi.org/10.1037/h0027568>
- Mutz, D. C. (2002). Cross-Cutting Social Networks: Testing Democratic Theory in Practice. *American Political Science Review*, 96(1), 111–126. <https://doi.org/10.1017/S0003055402004264>
- Myers, C. D. (2021). The Dynamics of Social Identity: Evidence from Deliberating Groups. *Political Psychology*. <https://doi.org/10.1111/pops.12749>
- Saward, M. (2000). *Democratic innovation: Deliberation, representation, and association*. London: Routledge.
- Simas, E., Clifford, S. y Kirkland, J. (2020). How empathic concern fuels political polarization. *American Political Science Review*, 114(1), 258-269. <https://doi.org/10.1017/s0003055419000534>
- Tajfel, H. y Turner, J. C. (1979). *An integrative theory of intergroup conflict. Social Psychology of intergroup relations*. Monterey: Brooks/cole.
- Tajfel, H., Billig, M., Bundy, R. P. y Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behavior. *European Journal of Social Psychology*, 1, 144-77. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420010202>
- Turner, J. C. (1991). *Social Influence*. Buckingham: Open University Press.
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D. y Wetherell, M.S (1990). *Redescubrir el grupo social*. Madrid: Morata.
- Velásquez, Y. N., Barrera, D. y Villa, J. D. (2020). Polarización política, relaciones familiares y barreras psicosociales para la paz en Medellín – Colombia. *Revista de Paz y Conflictos*, 13(1), 149-174. <https://doi.org/10.30827/revpaz.v13i1.9529>
- Westfall, J., Van Boven, L., Chambers, J. R. y Judd, C. M. (2015). Perceiving Political Polarization in the United States: Party Identity Strength and Attitude Extremity Exacerbate the Perceived Partisan Divide. *Perspectives on Psychological Science*, 10(82), 145-158. <https://doi.org/10.1177/1745691615569849>



Algunos de los mejores
Trabajos de Fin de Grado
y Trabajos de Investigación del
curso 2019-2020 de la Facultad
de Psicología y Logopedia
de la Universidad de Málaga