



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

LIBRO DE CONTRIBUCIONES
de las I Jornadas de Investigación
de la Facultad de Psicología
de la Universidad de Málaga

JORNADAS CELEBRADAS
EL 10 DE ABRIL DE 2018
EN LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Organizado
por la Facultad
de Psicología
de la Universidad
de Málaga

© Los autores

© UMA editorial

Bulevar Louis Pasteur, 30 (Campus de Teatinos)

29071 - Málaga

www.uma.es/servicio-publicaciones-y-divulgacion-cientifica

Maquetación: Los autores

ISBN: 978-84-17449-41-4



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:

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

[Http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es](http://creativecommons.org/licenses/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. Variables psicosociales de riesgo para el duelo traumático por fallecimiento	3
2. Análisis del sexismo en las letras de reggaetón	26
3. Felicidad de los invisibles: Un estudio del perfil sociodemográfico y felicidad general de las personas sin hogar en Málaga	41
4. Violencia filio-parental y empatía: un análisis desde el ámbito académico, familiar y profesional-experto	57
5. La autopsia psicológica	75
6. Diferenciación hemisférica en la recuperación de las habilidades lingüísticas en la afasia: un estudio con estimulación eléctrica	88
7. Estilos, estrategias y variables personales del alumnado novel universitario	106
8. Análisis y propuesta de resolución de un caso práctico real con síndrome de asperger	120
9. Utilidad de aplicar la Batería Leeduca y el Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales (TCEG) en dos niños con Trastornos del Neurodesarrollo para la evaluación de Dificultades del Aprendizaje	139
10. Demencia y conducción	160
11. Influencia de los videojuegos sobre la salud mental	179
12. Intervención aplicada a un caso real	197



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

VARIABLES PSICOSOCIALES DE RIESGO PARA EL DUELO TRAUMÁTICO POR FALLECIMIENTO

Trabajo Fin de Máster de María del Carmen Gómez Ordóñez,
tutorizado por Alicia Eva López Martínez

Resumen

La pérdida de un ser querido puede conllevar un duelo con síntomas psicológicos y de salud física relacionados con variables implicadas tanto del fallecido, como del doliente y de las circunstancias que rodean a la muerte. El estudio se ha llevado a cabo con 40 usuarios del Parque Cementerio de Málaga (PARCEMASA) que habían perdido recientemente a un ser querido (29 por muertes inesperadas y 11 por muertes esperadas). El objetivo ha sido evaluar la sintomatología de estrés postraumático, de duelo complicado y depresión, así como el nivel de salud física y emocional percibida en ambos grupos de personas. Los resultados muestran que ambos grupos se diferencian en los síntomas de TEPT y salud emocional percibida, siendo el grupo de personas con pérdidas inesperadas el que obtiene puntuaciones significativamente más altas en ambas variables. Asimismo, los análisis efectuados muestran que las puntuaciones en el TEPT vienen explicadas por niveles elevados de duelo complicado, de síntomas de depresión y por no haber presenciado el escenario de la muerte, en tanto que el duelo complicado es pronosticado por un alto grado de apego con el fallecido y niveles elevados de depresión. Los hallazgos son discutidos a la luz de las repercusiones que los mismos tienen para la intervención psicológica en este ámbito.

Palabras clave: duelo traumático, fallecimiento, TEPT, salud.

Introducción

En el transcurso del tiempo la literatura científica ha apostado por lograr una mayor comprensión acerca del duelo y los síntomas psicológicos presentes en dolientes. De hecho, los primeros escritos surgieron de la mano de Freud en 1917 con la publicación de “Duelo y melancolía”, donde el autor apreciaba importantes similitudes entre la sintomatología de duelo y la depresiva. Además, el contexto de la Primera Guerra Mundial propició la investigación sobre casos de “neurosis de guerra”, sin que los profesionales de la psiquiatría se atrevieran a abordar las similitudes entre trauma y duelo. Dicho panorama permaneció inalterable incluso hasta mediados del siglo XX, cuando Lindemann (1944), con su obra “Sintomatología y manejo del dolor agudo”, expone las consecuencias de un incendio en algunos sobrevivientes. Pese al interés científico logrado, dichos estudios no llegaron a tener en cuenta el trauma asociado a la pérdida de un ser querido.

El mayor impulso en el campo de investigación entre duelo y trauma se obtuvo con el trabajo de Parkes (1971), tras describir las consecuencias de la pérdida de un ser querido en la edad adulta. Más tarde, Horowitz (1986) formuló el “síndrome de respuesta al estrés”, donde establecía una asociación entre duelo y trauma. Este autor llegar a concebir todo tipo de duelo como una experiencia traumática (Green, 2000). Poco tiempo más tarde, Hobfoll (1991) aborda cómo las personas afrontan las situaciones de estrés mediante la formulación de la teoría de la conservación de los recursos. Según el autor, el trauma es una situación de pérdida de recursos rápida, especialmente los más valorados por la persona (Green, 2000). Posteriormente, Brewin, Dalgleish y Joseph (1996) se pronunciaron al respecto cuando definieron el trauma como una violación de los supuestos básicos relacionados con la supervivencia como miembro del grupo social, haciendo hincapié en el contexto social del trauma y en el grado en que el trauma provoca una perturbación en el sistema social y sus relaciones con otros sistemas.

Duelo y sintomatología psicológica

Hasta hace poco, el DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*, American Psychological Association, 1994) sólo contemplaba la posibilidad de diagnosticar en dolientes un episodio de depresión mayor una vez transcurridos dos meses tras la pérdida, siempre que fuera acompañada la sintomatología depresiva de un deterioro funcional marcado, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor (Hibberd, Elwood y Galovski, 2010). A partir de la publicación del DSM-5 (APA, 2013), se deja a criterio del juicio clínico del profesional la posibilidad de diagnosticar un episodio de depresión mayor, teniendo en cuenta la historia clínica del paciente y las normas culturales presentes en el contexto para la expresión del malestar de la pérdida (APA, 2013).

Los estudios que han explorado la sintomatología depresiva presente en dolientes dejan en evidencia el escaso efecto duradero de los síntomas depresivos, aún valorando la causa de la muerte. Green (2000; Green et al., 2001) argumenta que la pérdida por medios traumáticos no está relacionada con la depresión, aunque sí con síntomas intrusivos y un mayor deterioro funcional. El trabajo publicado por Kaltman y Bonnano (2003) muestra que los niveles moderados de depresión disminuyen a lo largo del tiempo, que no existen diferencias significativas en sintomatología depresiva entre muerte natural, esperada e inesperada, y que la muerte violenta predice la persistencia de la depresión a lo largo del tiempo. Sus resultados evidenciaron que los síntomas depresivos perduran tras los seis meses después de la pérdida, pero con una tendencia a disminuir a lo largo del tiempo, y que la muerte violenta es una variable predictora de la persistencia de la depresión tras la pérdida de un cónyuge. Teniendo en cuenta la causa de la muerte, los autores informan que no se aprecian diferencias en síntomas depresivos ante muertes por suicidio y por accidente tras meses o años posteriores al suceso (Hibberd, Elwood y Galovski, 2010). En cambio, ante muertes por homicidio, el incremento en depresión en los dolientes se relaciona con el empeoramiento en el funcionamiento físico, mental y social a lo largo de un tiempo en torno a seis meses (Williams, Burke, McDevitt-Murphy y Neimeyer, 2012).

Duelo complicado como categoría diagnóstica

Los primeros autores que proponen el duelo complicado como trastorno fueron Horowitz et al., (1997), concibiéndolo como una extensión del trastorno de estrés postraumático (TEPT, en adelante) sin establecer distinciones entre trauma y duelo (Horowitz, Bonnano y Holen, 1993). Jacobs (1993) sí estableció dichas diferencias entre duelo y trauma, aunque identificó similitudes que le hicieron defender la idea de que el duelo complicado debía estar incluido en los trastornos relacionados con el estrés. Son varios los autores que aseguran que el duelo complicado no es específico del duelo traumático (Prigerson y Jacobs, 2001), así como que éste es independiente a la existencia de un trauma (Stroebe y Schut, 2006).

Actualmente, el DSM-5 recoge una nueva categoría diagnóstica denominada “duelo complicado” o “trastorno por duelo prolongado”, distinta al TEPT. La sintomatología presente difiere de la depresiva y de la ansiedad, la cual está presente durante al menos seis meses después de la pérdida, implicando además un deterioro funcional. El estudio llevado a cabo por Hargrave, Leathem y Long (2012) pone de manifiesto la importancia de las reacciones peritraumáticas en la explicación del duelo complicado, donde la angustia peritraumática podría estar implicada tanto en el TEPT como en duelo complicado. Igualmente, existe una relación entre el incremento en duelo complicado y el empeoramiento en el funcionamiento social (Williams et al., 2012).

Duelo traumático y TEPT

En la definición del duelo traumático cobra relevancia las circunstancias que han rodeado la muerte. Autores como Stroebe, Schut y Finkenauer (2001) argumentan que los duelos no traumáticos serían aquéllos que se han producido en circunstancias de la vida normales y, en sentido opuesto, los traumáticos sucederían en circunstancias impactantes, extraordinarias, en la vida. De hecho, se ha considerado a la naturaleza de la muerte como la variable principal que promueve al duelo adaptado como duelo traumático (Green, 2000). Atendiendo a dicha variable, se han determinado las muertes esperadas y las muertes inesperadas (y repentinas), donde en estas últimas cabrían mencionar las muertes no violentas, debido a causas naturales, y las muertes violentas, ocasionadas por medios como el suicidio, homicidio, accidente, desastre natural o por guerra (Kristensen, Weisaeth y Heir, 2012).

Asimismo, Raphael y Martinek (1997) indican las diferencias existentes entre el duelo y el trauma, concluyendo que en el trauma el contenido es el escenario de la muerte, y en el duelo sería la persona fallecida, donde la reacción postraumática de estrés sería específica de la muerte en circunstancias inesperadas. Igualmente, se ha postulado la existencia de una naturaleza acumulativa e interactiva entre los síntomas de duelo y trauma. Según Green (1993), los síntomas del trauma y del duelo se llegarían a superponer dando lugar a una diferenciación en el desarrollo de una u otra, dependiendo del caso. De hecho, algunos autores que defienden esta teoría apuestan por la creación de una nueva categoría diagnóstica denominada “duelo traumático”. Según sus sugerencias, en el duelo traumático estarían presentes tanto los síntomas de estrés postraumático como los de duelo, interfiriendo los primeros con los últimos (Raphael, Middleton, Martinek y Misso, 1993; Schut, de Keijser, van den Bout y Dijkhuis, 1991). Por otra parte, Rando (2000) describe el duelo como una variación de duelo complicado, sin que existan procesos dinámicos subyacentes en la determinación de sintomatología de estrés postraumático, sino que más bien ésta es debida a las diferencias en grado y contenido en el duelo agudo.

El duelo traumático se constituye como un factor de estrés traumático que puede conllevar un TEPT, donde este tipo de pérdida estaría fundamentada por la presencia de síntomas intrusivos importantes y un mayor deterioro funcional. Por tanto, el duelo traumático incluiría síntomas de duelo y síntomas de TEPT, presentándose de forma aguda durante seis o más meses (Neria y Litz, 2004). De hecho, ciertos factores vinculados a la naturaleza de la muerte pueden llegar a constituirse en el Criterio A del TEPT. Dichos agentes serían la muerte inesperada, repentina o prematura, siendo horrible o dolorosa cuando es violenta o estigmatizada, o cuando ésta es el fallecimiento de un niño (Green, 2000). Según los datos aportados por la revisión elaborada por Kristensen et al., (2012), existen estudios que indican que una muerte repentina e inesperada, y violenta, puede ser seguida de un proceso de duelo más difícil que el debido a muertes naturales (Parkes, 1998). De hecho, se ha podido confirmar un mayor riesgo de TEPT en duelos por muerte violenta, donde este tipo de naturaleza de la muerte puede promover una compleja interacción entre pena y reacciones de estrés postraumático. En este caso, los síntomas de TEPT serían la reexperimentación, los problemas de sueño, pensamientos recurrentes sobre qué causó la muerte, la forma en que podría haberse impedido y dificultades para encontrar un significado en la pérdida (Parkes, 1998).

Factores predictores en el desarrollo de TEPT por duelo

Hasta el momento, los trabajos apoyan como factores predictores del desarrollo de duelo complicado y de TEPT la causa de la muerte, la relación con el fallecido y el apoyo social. Pese a la importancia que ello sugiere, es aún escaso el interés mostrado por conocer el valor predictivo de dichas variables (Hibberd et al., 2010). En cuanto a la relación existente entre la causa de la muerte y el desarrollo de TEPT, cabe destacar que los resultados son contradictorios. No obstante, son diversos los estudios que señalan la muerte violenta como causa relevante en la aparición de TEPT (Mezey, Evans y Hobdell, 2002; Murphy et al., 1999b; Rinear, 1988). En cuanto a la relación con el fallecido, Clerien (1993) pudo mostrar cómo esta variable resulta significativamente predictora de TEPT a lo largo del tiempo transcuro-

rido de duelo, destacando, en primer lugar, los progenitores, seguido de cónyuges y hermanos. Pese a lo anteriormente señalado, otros investigadores han obtenido resultados contradictorios (McKintosh y Kelly, 1992), lo que hace sospechar en la necesidad de seguir investigando el papel existente entre la relación con el difunto y el desarrollo de TEPT. En la revisión llevada a cabo por Hibberd et al., (2010) se apuntó hacia el apoyo social como variable amortiguadora sobre el TEPT en dolientes por muerte violenta (Dyregrov, Nordanger y Dyregrov, 2003; Murphy et al., 1999b; Sprang y McNeil, 1998).

Otras variables han sido estudiadas para valorar su influencia sobre el desarrollo de TEPT, como el número de pérdidas previas (Castro y Rocha, 2013), la cual, pese a su relevancia, muestra unos resultados imprecisos. Según los datos, un número menor de pérdidas intensifica la relación entre duelo complicado y TEPT; y, en cambio, un mayor número debilita dicha relación debido al efecto de aprendizaje y la experiencia en la regulación emocional. Otro trabajo destacable apuntó, como variables predictoras de duelo complicado y TEPT ante una muerte por suicidio, el género femenino, la historia previa de trastornos de ansiedad, sentimientos de culpabilidad, problemas económicos e historia previa de depresión (Lobb y Kristjanson, 2010).

Duelo traumático y salud física

El duelo ha sido relacionado con la presencia conjunta de sintomatología física como la colitis ulcerosa (Lindemann, 1944); además, se ha establecido una asociación entre la pena traumática y la morbilidad física y mental, con presencia de síntomas como presión arterial alta, cáncer, eventos cardíacos, tendencias suicidas y disfunción global (Prigerson et al., 1997).

Recientemente un estudio llegó a mostrar la existencia de asociación significativa entre bajos niveles de sintomatología de duelo y mejoras en el funcionamiento físico, el dolor y la salud global en dolientes por muertes debidas a homicidio. (Williams et al., 2012). También el número de duelos parece estar asociado con el índice de masa corporal y las enfermedades crónicas padecidas (Cohen, Granger, y Fuller Thomson, 2015). Asimismo, las personas expuestas a eventos traumáticos a lo largo de su vida tienen un mayor riesgo de consumir sustancias que suponen un riesgo para la salud (McCall-Hosenfeld, Winter, Heeren y Liebschutz, 2014). Igualmente, las secuelas del padecimiento de un evento traumático han mostrado asociarse a disfunciones neuroendocrinas y a una elevación de cortisol (Basu, Levendosky y Lonstein, 2013). Asimismo, destacan los resultados obtenidos que evidencian una asociación entre el TEPT y el padecimiento de diversos problemas de salud como trastornos cardiovasculares -incluyendo infarto de miocardio-, la diabetes, psoriasis, artritis reumatoide y el dolor crónico (Qureshi, Pyne, Magruder, Schulz y Kunik, 2009). También ha sido considerada la relación entre el estrés postraumático y un mayor número de conductas con riesgo para la salud como el abuso de alcohol, la dependencia nicotínica o el consumo de otras drogas (Breslau, Davis y Schultz, 2003). Parece que el factor clave radica en el TEPT como mediador, donde el estrés postraumático ejerce un efecto sobre la salud física (Green y Kimerling, 2004). En cambio, otros autores explican la asociación entre TEPT y problemas de salud físicos debido a la exposición repetida a lo largo de la vida a acontecimientos traumáticos (Sledjeski, Speisman y Dierker, 2008).

Como ha tratado de evidenciarse, es patente la existencia de dificultades en el abordaje y la definición del concepto de duelo traumático, además de una importante escasez de estudios que cuentan, además, con limitaciones metodológicas, en gran medida debido a que la mayoría son estudios retrospectivos y las muestras no son amplias ni siempre representativas. Asimismo, resulta llamativo que en España no exista estudio alguno que aborde el tema presente. Ante la importancia que adquiere la problemática, el objetivo de este trabajo ha sido delimitar el perfil de los dolientes en riesgo de padecer duelo complicado, duelo traumático y síntomas negativos de salud (física y psicológica), en relación con la muerte sufrida, esperada (como la debida a una larga enfermedad) o inesperada (debida a suicidio, homicidio, accidente o situación inesperada y fortuita). En última instancia, la detección de las variables de riesgo de duelo complicado por estos motivos permitirá establecer un protocolo de actuación que atienda a los aspectos psicológicos relevantes. Con este propósito, se ha planteado un estudio de carácter exploratorio, con un diseño mixto, correlacional y prospectivo, cuyo objetivo principal es evaluar la sintomatología de estrés postraumático, de duelo y depresión, así como el nivel de salud física y emocional percibidas en personas que se encuentran en duelo por muertes inesperadas y comparar estos elementos con dolientes por muertes esperadas. Aunque se plantea como estudio exploratorio, se postulan las siguientes hipótesis:

1. En la comparación entre personas que han sufrido una muerte esperada y las que han sufrido una muerte inesperada:
 - 1.1. Se espera encontrar diferencias significativas entre las puntuaciones en duelo complicado, TEPT y nivel de salud percibida (global, física y emocional).
 - 1.2. No se espera obtener diferencias significativas entre ambos grupos de dolientes en depresión.
2. En la comparación entre personas que han sufrido una muerte inesperada intencionada (suicidio y homicidio) y las que han sufrido una muerte inesperada accidental (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o accidente de tráfico): se espera encontrar diferencias significativas en las puntuaciones en duelo complicado, TEPT, depresión y nivel de salud percibida (global, física y emocional).
3. Se postula que la varianza en las puntuaciones del duelo complicado será explicada por las variables: haber padecido problemas emocionales en el pasado (ansiedad y/o depresión), haber sufrido un mayor número de pérdidas en el pasado, el grado de apego afectivo y emocional con el fallecido, haber presenciado la muerte, además de las puntuaciones en depresión y apoyo social.
4. Se postula que la varianza en las puntuaciones al TEPT debido a la pérdida vendrán explicadas por las puntuaciones en duelo complicado, haber padecido acontecimientos traumáticos en el pasado, haber padecido problemas emocionales en el pasado, haber sufrido un mayor número de pérdidas en el pasado, el grado de apego con el fallecido, haber presenciado la muerte, así como las puntuaciones en depresión y apoyo social.

Método

Participantes

En el estudio la muestra fue seleccionada de forma intencionada, aplicando criterios de inclusión y exclusión para detectar los sujetos susceptibles para su participación. Se seleccionó a aquel miembro de la familia o círculo cercano al fallecido que, prestando su consentimiento informado, tuviese una relación afectiva de cercanía. Los criterios de inclusión fueron: a) ser familiar o amigo cercano de la persona fallecida, b) que el fallecimiento se hubiese producido no más allá de los 30 días previos y, por tanto, el duelo fuese reciente, de sólo un mes de luto, c) que se tratase de un fallecimiento esperado de población infantil, juvenil y adulta, e) o bien tratarse de un fallecimiento repentino e inesperado, también a cualquier edad, incluida la vejez, d) haber cumplido la mayoría de edad, e) conocimiento correcto del castellano, y f) ser residente en la provincia de Málaga. En lo relativo a los criterios de exclusión, estos fueron: a) que los dolientes fuesen menores de edad, b) personas que padeciesen trastornos mentales serios, problemas físicos incapacitantes o un estado cognitivo-afectivo que impidiese la comprensión correcta del lenguaje, y c) fallecimientos esperados de personas ancianas o fallecimientos previsibles en los 10 meses previos a que tuviesen lugar. La muestra total ha sido de 40 sujetos (11 varones y 29 mujeres), todos usuarios de los servicios del Parque Cementerio de Málaga (PARCEMASA, S.A). Del total de la muestra 11 personas habían sufrido pérdidas esperadas debidos a una enfermedad de larga duración y 29 un fallecimiento repentino o inesperado. En lo que a este respecta, 5 fueron muertes por suicidio, 1 se debió a homicidio y 23 fueron muertes accidentales (infarto, accidente cerebrovascular y accidentes de tráfico).

En lo relativo a las características sociodemográficas de esta muestra, la media de edad era de 45.30 (DT = 12.74). Un 37.5% estaba casado y un 30% era viudo. En lo relativo a su nivel educativo, un 32.5% poseía un nivel de estudios de educación primaria y un 35% tenía estudios de nivel secundario. Respecto a su actividad laboral, el 30% de los participantes se encontraba en la categoría de trabajadores cualificados y un 25% era trabajador no cualificado. Un 65% de los entrevistados se situaba en un nivel socioeconómico medio o medio bajo, y un 30% en un nivel bajo. El 95% poseía la nacionalidad española. Un 17.5% de los participantes había sido diagnosticado en algún momento de su vida, la gran mayoría dos años previos a la entrevista, de una patología psicológica, siendo la mayoría de los diagnósticos de depresión. De estos, un 15% estuvo medicado por este motivo durante aproximadamente un año o menos tiempo.

En lo relativo a la relación con la persona fallecida, un 30% de los entrevistados había perdido a su cónyuge o pareja, un 30% a su progenitor, el 22.5% a un hermano y el 12.5% a un hijo. En lo referente a las variables características de las personas fallecidas, cabe destacar que la edad media en el momento del fallecimiento era de 51.03 años (DT = 17.32), la mayoría de los fallecidos (52.5%) estaban casados, un 55% había efectuado estudios de educación primaria, un 37.5% había sido trabajador cualificado, el 37.5% había sido pensionista por incapacidad o minusvalía y un 32.5% era trabajador activo a tiempo completo.

Instrumentos de evaluación

Para la identificación de la muestra susceptible de participar en el estudio se utilizó el programa informático UNIX, una base de datos donde PARCEMASA almacena toda la información detallada de los fallecidos y las personas responsables de la contratación de los servicios. A través de esta base de datos se pudo obtener el nombre del fallecido, su edad, el estado civil, el tipo de servicio contratado (inhumación o cremación), el día de la despedida y la causa de la muerte. Asimismo, datos relativos a la persona responsable, el teléfono de contacto y un domicilio.

Los datos sociodemográficos de los entrevistados (sexo, edad, nivel educativo, actividad laboral actual y nivel económico) y los relativos a las variables relacionadas con las pérdidas (número de pérdidas previas, la relación con el fallecido y las circunstancias en que hubiese tenido lugar la muerte) se obtuvieron a través de una entrevista estructurada.

La intensidad general del duelo se evaluó mediante el Inventario de Texas Revisado de Duelo (Faschingbauer, De Vaul y Zissok, 1977), en la versión española de García-García, Landa, Trigueros y Gaminde (2001). Consta de 21 ítems con 5 categorías de respuesta tipo Likert, desde “completamente verdadera” (5 puntos) hasta “completamente falso” (1 punto). Tiene dos partes, una primera (8 ítems) que explora la conducta y los sentimientos del doliente en los momentos inmediatos al fallecimiento, y la segunda (13 ítems) dirigida a explorar los sentimientos actuales del doliente en relación con el fallecido. Es un instrumento con garantías psicométricas en la versión española (coeficientes alfa de las escalas 0.75 y 0.86, respectivamente) y cuya validez ha sido mostrada.

El apoyo social percibido fue evaluado con el Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC (Broadhead, Gehlbach, De Gruy y Kaplan, 1988), en la versión española de Revilla et al. (1991). Este instrumento está compuesto por 11 ítems que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda ante las dificultades y con las que puede relacionarse socialmente y comunicarse de forma empática y emotiva. Estos aspectos se evalúan mediante una escala Likert con 5 opciones de respuesta que se puntúan de 1 (mucho menos de lo que deseo) hasta 5 (tanto como deseo). Diversas investigaciones muestran que la consistencia interna de la validación española es elevada ($\alpha = .80$ y $\alpha = .90$).

El estado percibido de salud general se evaluó mediante el instrumento SF-36 (*Short Form Health Survey*; Ware y Sherbourne, 1992 y Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993), en la versión española de Vilagut et al. (2005). Consta de 36 cuestiones que evalúan un total de ocho dimensiones: funcionamiento físico, desempeño y rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, estado emocional y salud mental. Asimismo, valora los cambios en el estado de salud general en comparación al año previo. Para cada dimensión, los ítems se presentan en una escala que oscila de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). El instrumento permite calcular dos valores genéricos, uno relativo a la salud física y el otro a la salud mental. Las propiedades psicométricas de la versión española indican que se trata de un instrumento sensible, fiable (con niveles de consistencia interna que superan el 0.90), con validez de constructo y predictiva.

Se evaluaron posibles síntomas depresivos a través del Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, Steer y Brown, 1996), en la versión española de Sanz y Vázquez (2011). Este instrumento evalúa el nivel de gravedad de los síntomas depresivos, con un total de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, y pesimismo. La persona tiene que elegir entre un conjunto de cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad, según mejor se corresponda al estado percibido durante las dos últimas semanas, de acuerdo a una escala Likert de 0 a 3 puntos. La fiabilidad por consistencia interna es alta (.87), y ha mostrado validez de constructo y predictiva que le confieren unas propiedades psicométricas adecuadas (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

Para la evaluación del padecimiento de acontecimientos traumáticos pasados se utilizó el Brief Trauma Questionnaire (Schnurr, Spiro, Vielhauer, Findler y Hamblen, 2002). Este instrumento se creó con el fin de evaluar la exposición a situaciones traumáticas y, por tanto, valorar el Criterio A actualmente recogido en el DSM 5 para la evaluación del TEPT. Es un breve instrumento de 10 ítems, cuya respuesta es dicotómica, en la que se evalúa si la persona ha padecido ciertas situaciones que entran en la categoría de traumáticas, si valora que las mismas pudieron poner en peligro su vida y si provocaron algún tipo de daño o lesión. Entre los acontecimientos que se evalúan, están los referidos a desastres naturales, acontecimientos interpersonales, padecimiento de enfermedades serias, abuso físico o sexual, muertes traumáticas previas o haber sido testigo de situaciones traumáticas graves ocurridas a otras personas. No existe una versión adaptada al español de este instrumento, por lo que el mismo se tradujo expresamente para este estudio. La fiabilidad por consistencia interna para la muestra del presente estudio fue de .60.

Finalmente, para evaluar la presencia de sintomatología por estrés postraumático se usó el Trauma Screening Questionnaire (Brewin et al., 2002). Es un breve instrumento de 10 ítems con respuesta dicotómica (Sí/No), dirigido a evaluar presencia de síntomas de estrés postraumático, pasadas unas 3-4 semanas del acontecimiento traumático. Incluye específicamente síntomas de re-experimentación y evitación del acontecimiento que haya tenido lugar. La persona debe indicar si dichos síntomas han tenido lugar en su caso en, al menos, dos ocasiones previas en la semana precedente. No existe una versión adaptada al español de este instrumento, por lo que el mismo se tradujo expresamente para este estudio. La fiabilidad por consistencia interna para la muestra del presente estudio fue de .79.

Procedimiento

Previamente a la evaluación, todos los participantes fueron informados acerca del estudio y su finalidad, ofreciendo su conformidad para el trabajo, una vez comprendidas las normas éticas asumidas por el profesional evaluador, las cuales se han cumplido durante el presente estudio en cada participante y durante el procedimiento de identificación, selección y evaluación de la muestra (ver Anexo con el modelo de consentimiento informado). Antes de efectuar la evaluación, el proyecto investigador se presentó y fue aprobado por la gerencia de PARCEMASA. De hecho, el estudio ha podido llevarse a término a través del servicio del Grupo de Orientación y Apoyo Psicológico (GOAP) de PARCEMASA, un programa piloto de asistencia psicológica a las familias con pérdidas. Todos los instrumentos fueron presentados en el mismo orden, el seguido en su descripción previa, y por la misma evaluadora, en formato oral a modo de entrevista estructurada, en las dependencias del GOAP ubicadas en el parque cementerio de Málaga o bien, cuando no fue posible hacerlo de este modo, en el propio domicilio del participante. La duración media de la entrevista de evaluación fue de 50 minutos.

Para la recogida de los datos en el programa UNIX se tuvieron en cuenta todos los servicios derivados por el Instituto de Medicina Legal de Málaga, entidad que actúa cuando las muertes son de carácter repentino, inesperado o violento; aquellos fallecidos cuya causa de muerte fuese esperada, de un tiempo medio o largo y con edad inferior a los 65 años; y, por último, aquellos casos cuyo fallecimiento cumpliera con los objetivos del estudio y que identificara la investigadora durante el servicio de apoyo a las familias dolientes.

El protocolo de evaluación consistió en la toma de contacto con la persona responsable en la contratación del servicio, aproximadamente 7 días antes de que se cumpliera el mes de la despedida, con la finalidad de identificar al familiar más directo (cónyuge, padre, hermano, hijo) o, de no haberlo, a otro familiar o amigo del difunto. En este primer contacto, se concretaba la cita para el estudio, en el caso en que cumpliera los criterios de inclusión. Una vez cumplido el mes de la despedida, se efectuaba la entrevista en torno a los 10 días siguientes, con la finalidad de proporcionar cierta flexibilidad y facilitar la disponibilidad de cada persona para su participación. Antes de iniciar la evaluación, se solicitó a cada participante la firma del consentimiento informado.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos han sido efectuados con el paquete estadístico SPSS (versión 21). Se aplicó la prueba Chi-Cuadrado para analizar las diferencias entre las personas que habían sufrido un fallecimiento esperado o inesperado en las variables ordinales consideradas en el estudio (presencia de psicopatología previa, sufrimiento precedente acontecimientos traumáticos, pérdidas sufridas previamente, relación filial y grado de apego con la persona fallecida, y si estaban presentes en el momento del fallecimiento).

Asimismo, se utilizaron pruebas *t* para el análisis de las diferencias de medias entre las personas que habían sufrido un fallecimiento esperado o inesperado en las variables continuas consideradas en el estudio, y para el análisis de las diferencias de medias entre las personas que habían sufrido un fallecimiento inesperado voluntario e involuntario. Finalmente, se efectuó un análisis de regresión lineal múltiple por pasos para analizar las variables predictoras de la varianza en las puntuaciones de duelo complicado y de TEPT.

Resultados

En primer lugar, se estudió la normalidad de las variables continuas, se inspeccionó la presencia de *outliers* multivariantes y se analizó la homogeneidad. No se detectaron casos extremos y las variables resultaron ser normales. En lo relativo a las varianzas, se asumieron como equivalentes ya que la significación de Levene fue superior a .05.

En segundo lugar, se analizaron las diferencias entre los grupos de personas con pérdidas esperadas y con pérdidas inesperadas en las puntuaciones al duelo complicado, el TEPT, la depresión y las tres dimensiones de la salud percibida (global, física y emocional). Los estadísticos de frecuencias de las variables nominales, se recogen en la Tabla 1. Los resultados del estadístico Chi-Cuadrado, cuyo análisis se efectuó previamente, indicaron que no había diferencias significativas entre ambos grupos de sujetos en ninguna de las variables ordinales consideradas (presencia de psicopatología previa, sufrimiento precedente acontecimientos traumáticos, pérdidas sufridas previamente, relación filial y si estaban presentes en el momento del fallecimiento), con la excepción de la variable grado de apego con el fallecido, en la que ningún sujeto con muerte esperada indicó tener un bajo apego, frente a un total de 9 sujetos del grupo de muerte inesperada ($\chi^2(1) = 4.41; p = .036$).

Tabla 1
Análisis descriptivo (frecuencias) de las variables nominales consideradas en el estudio

Variables	Personas con pérdidas esperadas (N = 11)	Personas con pérdidas inesperadas (N = 29)
	n / %	n / %
Presencia de psicopatología previa	2 / 18.2	5 / 17.2
Acontecimientos traumáticos previos	6 / 54.5	17 / 58.6
Pérdidas sufridas previamente		
Ninguna	4 / 36.4	11 / 37.9
Una o más		
Relación filial con el fallecido		
Cónyuge o pareja	6 / 54.5	6 / 20.7
Progenitor del fallecido	2 / 18.2	3 / 10.3
Hijo/a del fallecido	2 / 18.2	10 / 34.5
Hermano/a	1 / 9.1	8 / 27.6
Otras condiciones	-	2 / 6.9
Grado de apego con el fallecido		
Bajo	-	9 / 31
Alto	11 / 100	20 / 69
Presente en el momento del fallecimiento	6 / 54.5	2 / 6.9

En lo relativo a la comparación de medias entre grupos en las variables cuantitativas, cuyos valores descriptivos se recogen en la Tabla 2, los resultados fueron significativos tan sólo para las puntuaciones en TEPT ($t(38) = 2.49; p = .017$) y en salud emocional ($t(38) = -2.54; p = .015$). Concretamente, como se había postulado, es el grupo de personas con pérdidas inesperadas el que obtiene puntuaciones significativamente más altas en síntomas de TEPT y significativamente más bajas en salud emocional percibida. No se obtuvieron, sin embargo, diferencias significativas ni en las puntuaciones al duelo ($t(38) = 1.02; p = .314$), ni en las de la salud global percibida ($t(38) = -1.46; p = .152$) y salud física percibida ($t(38) = -.276; p = .784$), ni en las puntuaciones en depresión ($t(38) = 1.10; p = .277$), tal y como se había postulado para esta última variable. En cualquier caso, es el grupo de personas sufridoras de muertes de carácter inesperado el que muestra tener puntuaciones más elevadas en duelo y depresión, e inferiores en salud física y salud global percibida.

Tabla 2
Análisis descriptivo (media y desviación típica) de las variables nominales consideradas en el estudio

Variables	Personas con pérdidas esperadas (N = 11)	Personas con pérdidas inesperadas (N = 29)
	M (DT)	M (DT)
Duelo complicado	68.55 (18.27)	75.17 (18.37)
TEPT	13.18 (2.27)	15.39 (2.86)
Depresión	14.00 (8.64)	18.31 (11.77)
Salud global	106.55 (22.14)	96.93 (17.15)
Salud emocional	38.18 (12.29)	28.72 (9.81)
Salud física	40.82 (3.97)	40.34 (5.11)

En tercer lugar, se analizaron las diferencias entre los grupos de personas con pérdidas inesperadas de carácter voluntario e intencionado (suicidio y homicidio) y con pérdidas inesperadas de carácter involuntario y accidental (accidentes de tráfico o debidos a enfermedad súbita, como infarto o accidente cerebrovascular), en las puntuaciones al duelo complicado, el TEPT, la depresión y las tres dimensiones de la salud percibida (global, física y emocional). Las medias y desviaciones típicas para estos grupos se muestran en la Tabla 3. Los resultados no arrojaron significación estadística para ninguna de las variables analizadas: duelo complicado ($t(27) = -1.37; p = .182$), TEPT ($t(27) = .712$;

$p = .482$), depresión ($t(27) = -.301$; $p = .765$), salud general percibida ($t(27) = .142$; $p = .888$), salud emocional percibida ($t(27) = .445$; $p = .660$) y salud física percibida ($t(27) = -.448$; $p = .657$). Por consiguiente, los resultados obtenidos no apoyan empíricamente la hipótesis formulada.

Tabla 3

Análisis descriptivo (media y desviación típica) de las variables nominales consideradas en el estudio

Variables	Personas con pérdidas inesperadas intencionadas (N = 6)	Personas con pérdidas inesperadas accidentales (N = 23)
	M (DT)	M (DT)
Duelo complicado	66.17 (21.81)	77.52 (17.13)
TEPT	16.33 (2.34)	15.39 (2.99)
Depresión	17.00 (12.68)	18.65 (11.79)
Salud global	97.83 (14.63)	96.70 (18.04)
Salud emocional	30.33 (9.79)	28.34 (9.99)
Salud física	39.50 (2.88)	40.56 (5.57)

A continuación, se procedió a efectuar un análisis de regresión lineal múltiple, utilizando el método de pasos sucesivos, para determinar qué variables predecían las puntuaciones del duelo complicado. Como variables criterio fueron consideradas la presencia de problemas emocionales en el pasado, haber sufrido un mayor número de pérdidas por fallecimientos previos, el grado de apego con el fallecido actual, el haber presenciado o no su muerte y, finalmente, las puntuaciones en depresión y apoyo social. Dos de las variables analizadas entraron a formar parte de la ecuación final de modo significativo: la depresión ($\beta = .61$; $t = 5.33$; $p = .000$) y el grado de apego con el fallecido ($\beta = .32$; $t = 2.82$; $p = .008$), indicando que puntuaciones más elevadas en depresión y un mayor grado de apego con la persona fallecida predicen significativamente puntuaciones más elevadas de duelo complicado. Concretamente, ambas variables explicaron de forma conjunta un 51% de la varianza de las puntuaciones de duelo complicado ($F(37) = 21.38$; $p = .000$). El resto de las variables analizadas (problemas emocionales en el pasado, número de pérdidas previas, haber presenciado la muerte o no y las puntuaciones en apoyo social) no entraron a formar parte de la ecuación final. Por tanto, los resultados apoyan empíricamente de modo parcial la tercera de las hipótesis formuladas.

Finalmente, se realizó un análisis similar al descrito, para determinar las variables predictoras de las puntuaciones en síntomas de TEPT. En este análisis, además de las variables mencionadas en el párrafo precedente, se tomaron también en consideración las puntuaciones en duelo complicado. Tres de las variables consideradas en el análisis formaron parte significativa de la ecuación resultante. Concretamente, las puntuaciones en duelo complicado ($\beta = .44$; $t = 3.46$; $p = .001$), en depresión ($\beta = .36$; $t = 2.81$; $p = .008$) y no haber estado presente en el momento del fallecimiento ($\beta = -.23$; $t = -2.28$; $p = .029$). El resto de las variables analizadas (problemas emocionales en el pasado, número de pérdidas previas y las puntuaciones en apoyo social) no entraron a formar parte de la ecuación final. Por tanto, los resultados aportan evidencia empírica parcial a la cuarta de las hipótesis formuladas. Concretamente, las tres variables explicaron de forma conjunta un 64% de la varianza de las puntuaciones de síntomas TEPT ($F(37) = 24.57$; $p = .000$). El resto de las variables analizadas (acontecimientos traumáticos en el pasado, haber padecido problemas emocionales en el pasado, número de pérdidas previas, el grado de apego con el fallecido y las puntuaciones en apoyo social) no entraron a formar parte de la ecuación final. Por tanto, los resultados apoyan empíricamente de modo parcial la cuarta de las hipótesis formuladas.

Discusión

El presente estudio exploratorio ha tenido como principal objetivo evaluar la sintomatología de estrés postraumático, de duelo y depresión, así como el nivel percibido de salud física y emocional de personas que se encuentran en duelo por muertes inesperadas, y comparar estas variables con dolientes por muertes esperadas. Los resultados apoyan parcialmente las hipótesis que se han planteado de modo tentativo. En términos globales, los resultados indican que sufrir una muerte inesperada y repentina, independientemente de lo voluntario e intencionado de la misma, se encuentra significativamente relacionado con mayores puntuaciones en síntomas postraumáticos y niveles más bajos en salud emocional percibida. Aunque se observan puntuaciones más elevadas en el grupo de pérdidas inesperadas y repentinas, no se han obtenido diferencias significativas entre estas personas y el grupo de dolientes por muerte esperada para las variables postuladas (sintomatología de duelo complicado, depresión y salud global y física percibidas). Parece, por tanto, que la causa de la muerte únicamente está relacionada con el desarrollo de síntomas postraumáticos.

Estos preliminares hallazgos apoyan los postulados de autores que defienden la existencia de una nueva categoría diagnóstica denominada duelo traumático, donde el criterio A del TEPT resultaría ser la naturaleza de la muerte, destacando el carácter inesperado y/o repentino de la misma (Green, 2000). Asimismo, el hecho de que no existan diferencias significativas en duelo complicado entre ambos grupos de dolientes sugiere que las reacciones de duelo son diferentes a las de TEPT, aunque ambas se encontrarían relacionadas, lo cual subrayaría las diferencias entre duelo y trauma. Esta idea se opone a la noción de Horowitz (1986) del “síndrome de respuesta al estrés”, donde asociaba el duelo y el trauma hasta llegar a concebir todo tipo de duelo como experiencia traumática (Green, 2000); en cambio, apoyaría la idea que subyace a los planteamientos de otros autores acerca de las circunstancias por las que deviene el duelo traumático, que serían aquellas que resultaran impactantes y extraordinarias en la vida (Stroebe et al., 2001). Se presume, por tanto, que el duelo y el trauma son diferentes, pero que ambos comparten similitudes al concebirse el duelo como estresor que, cuando se constituye en complicado, sería un predictor del desarrollo de TEPT.

Siguiendo el hilo argumental de lo indicado, cabría mencionar como únicas variables potencialmente predictoras de TEPT, a la luz de los hallazgos del presente estudio, altos niveles de duelo complicado, de síntomas depresivos y el no haber presenciado el escenario de la muerte del fallecido. De hecho, los síntomas de duelo parecen desempeñar un notable papel en el posterior desarrollo de sintomatología de TEPT, dado que los resultados revelan que aquellos dolientes que presentan puntuaciones elevadas en duelo manifestarán síntomas de estrés postraumático. Por tanto, estos datos vendrían a apoyar lo señalado por Jacobs (1993) acerca del duelo complicado y su inclusión en los trastornos relacionados con el estrés, donde la sintomatología de duelo se conformaría como un potente estresor. Respecto a la sintomatología depresiva, la información obtenida tras la revisión de la literatura no revelaba datos que relacionaran la depresión con la sintomatología de TEPT en dolientes (Hibberd et al., 2010; Kaltman y Bonnano, 2003); sin embargo, desde este trabajo se sugiere que es la interacción entre síntomas de duelo y de depresión, ambos estrechamente relacionados, los potenciales predictores del TEPT. Dicho de otro modo, cabe postular que son las personas que muestran síntomas de depresión en un proceso de un duelo complicado, con independencia de la causa del fallecimiento, las que tienen mayor probabilidad de desarrollar síntomas de estrés postraumático debidos a la pérdida. Estos hallazgos apoyarían, además, los postulados de otros autores relativos a la consideración de que los síntomas depresivos son independientes de la causa del fallecimiento (Hibberd et al., 2010; Kaltman y Bonnano, 2003)

Igualmente, el momento del fallecimiento vuelve a traer consigo unos efectos en el transcurso del duelo. Este trabajo se ha aventurado a valorar el papel que adquiere el escenario de la muerte en el desencadenamiento de un trauma, independientemente de la naturaleza de la muerte. Sorprendentemente, los datos informan sobre la relevancia de ver al fallecido en su escenario de muerte, ya que no presenciar el momento del fallecimiento pronostica el desarrollo de sintomatología de TEPT. Cabe especular que los dolientes que no han presenciado el fallecimiento y han recibido la noticia de modo repentino, una vez fallecido el ser querido, experimentan un mayor número de fantasías acerca del momento de la muerte y la forma en cómo sucedió, dando lugar a mayor probabilidad de sintomatología de TEPT, debido a la reexperimentación de dichas fantasías. Se trata, en cualquier caso, de una hipótesis que requiere de investigación futura. No obstante, estos resultados inciden nuevamente en la necesidad de diferenciar en lo indicado en la literatura respecto a las diferencias entre duelo y trauma. De hecho, algunos autores proponen como contenido del duelo a la persona fallecida y como trauma al escenario de la muerte (Raphael y Martinek, 1997). Así, cuando no se ha presenciado el escenario, la probabilidad de duelo complicado parece acrecentarse.

Asimismo, hay que enfatizar, conforme a otros autores que apuestan por dar valor a la calidad de la relación (Lobb y Kristjanson, 2010; Neria y Litz, 2004), el papel que asume el grado de apego con el fallecido en el desarrollo de síntomas de duelo complicado. Los resultados de este estudio indican que un alto grado de apego predice una mayor puntuación en síntomas de duelo complicado, lo cual resulta relevante dado el contexto actual en el que se asientan estos resultados, dado que la investigación no ha mostrado suficiente interés en el estudio de esta variable y su valor predictivo en el duelo. Cabe señalar, además, que la depresión ha resultado ser igualmente predictora del duelo complicado, lo que iría a favor de lo indicado por autores como Williams, et al. (2012).

Debe indicarse que algunas variables consideradas en el estudio y que han formado parte de formulación de las hipótesis no han recibido apoyo empírico. Así, aspectos como el apoyo social con el que cuenta el doliente, el número de pérdidas sufridas en el pasado, la relación con el fallecido, los acontecimientos traumáticos pasados, haber padecido problemas emocionales en el pasado, así como los traumas previos, no han mostrado ser variables que predigan el duelo complicado o las diferencias

entre dolientes en función del tipo de fallecimiento, de acuerdo a lo obtenido en estudios precedentes (Clerien, 1993; Dyregrov et al., 2003; Lobb y Kristjanson, 2010; Mezey et al., 2002; Murphy et al., 1999b; Rinear, 1988; Sprang y McNeil, 1998). En cualquier caso, otros trabajos tampoco obtienen resultados concluyentes al respecto (Castro y Rocha, 2013; McKintosh y Kelly, 1992), lo que confirma la necesidad de continuar con la investigación en el presente campo de trabajo aplicado.

Los resultados obtenidos tampoco confirman la noción de que un contexto de muerte inesperada, de índole traumática, pueda conllevar cambios en la salud física, según lo informado en otros estudios (Basu et al., 2013; Williams et al., 2012). En cualquier caso, cabe pensar que la salud física de los dolientes, dadas las características intrínsecas de esta variable, no se vea afectada de modo inmediato a causa de una pérdida, aunque pueda considerarse traumática, sino en un plazo de tiempo medio. Por tanto, es necesario el diseño de estudios longitudinales y de seguimiento en este contexto para el correcto análisis de las variables consideradas en el estudio.

Los resultados obtenidos apuntan hacia la consideración de aspectos de carácter práctico y aplicado. Así, los datos obtenidos ofrecen la posibilidad de perfilar estrategias para la intervención en el duelo, especialmente en los momentos más inminentes que transcurren tras la pérdida. Puesto que los dolientes por muerte inesperada y repentina muestran una mayor vulnerabilidad en el desarrollo de sintomatología psicológica, se evidencia la necesidad de efectuar intervenciones dirigidas al tratamiento del duelo y de síntomas emocionales de carácter negativo, así como la prevención del sufrimiento emocional y de síntomas de TEPT. Entre las variables de riesgo psicosocial tras la pérdida de un ser querido que habrían de tenerse en consideración se encuentran el grado de apego, el duelo complicado, la sintomatología depresiva y el no haber presenciado el escenario de la muerte. En definitiva, podrían constituirse en variables de riesgo para un posterior desarrollo del TEPT tras un fallecimiento. Por tanto, estos elementos debieran ser considerados como objetivos de valoración para una posterior intervención con los dolientes.

El presente estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser apuntadas. En primer lugar, el escaso número de participantes en la muestra, de tan sólo 40 sujetos y un número aún inferior de personas sufridoras de muertes esperadas e inesperadas. Por consiguiente, es necesario aumentar el número de participantes puesto que, a la luz de los datos obtenidos, cabe sospechar que se alcanzarían diferencias significativas en algunas de las variables consideradas en el estudio que, a pesar de mostrar medias distintas entre ambos grupos, no han alcanzado la significación estadística. Asimismo, debe señalarse las diferencias en el perfil de dolientes según la naturaleza de la muerte, habiendo una menor proporción de sexo masculino entre los informantes y una escasa variabilidad cultural entre participantes. De otro lado, el uso exclusivo de la evaluación a través de medidas de autoinforme, lo que puede sesgar en parte los datos obtenidos, puesto que los mismos se basan exclusivamente en la percepción de las personas entrevistadas. Además, como se ha indicado, el carácter retrospectivo del estudio limita la posibilidad de establecer conclusiones en lo referente a algunas de las variables analizadas. A pesar de ello, cabe señalar que los sujetos fueron evaluados en el mismo tiempo de duelo en proceso, lo cual asegura la homogeneidad de la muestra para valorar el curso de la sintomatología psicológica y de salud física.

Tras los presentes hallazgos, sólo cabe redundar en la necesidad de seguir abriendo líneas de investigación aplicadas en este contexto, aumentando la muestra, homogeneizándola en su tamaño, según la causa de muerte, y llevando a cabo estudios de carácter prospectivo. Se proponen, además, como objetivos concretos que requieren de mayor análisis la relación entre la depresión y duelo, la sintomatología de TEPT a medida que el proceso de duelo avanza y valorar la presencia o no de síntomas de salud físicos en los dolientes, una vez que ha transcurrido un tiempo determinado desde el fallecimiento. Asimismo, sería relevante valorar aspectos de carácter más positivo, pensando en mecanismos concretos para la intervención preventiva del duelo complicado y de carácter traumático, como los factores resilientes en dolientes que predicen un duelo más adaptado y una mayor salud (física y psicológica).

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: Author.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Breslau, N., Davis, G.C., y Schultz, L.R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry*, 60, 289-294.
- Brewin, C., Dalgleish, T., y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Brewin, C.R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., y Foa, E. (2002). Brief Screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V., y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*, 26, 709-723.
- Castro, S., y Rocha, J. (2013). The moderating effects of previous losses and emotional clarity on bereavement outcome. *Journal of Loss and Trauma*, 18, 248mj-259.
- Clerien, M. (1993). *Bereavement and adaptation: A comparative study of the aftermath of death*. Washington, DC: Hemisphere.
- De la Revilla, L., Bailón, E., De Dios Luna, J., Delgado, A., Prados, M.A., y Freitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8, 688-692.
- Dyregrov, K., Nordanger, D., y Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27, 143-165.
- Faschingbauer, T.R., De Vul, R.A., y Zissok, S. (1977). Development of the Texas Inventory of Grief. *Am J Psychiatry*, 134, 696-8.
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*, 237-258.
- García-García, J.A., Landa, V., Trigueros, M.C., y Gaminde, I. (2001). Inventario de Experiencias de Duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Aten Primaria*, 27, 86-93.
- Green, B. (1993). Identifying survivors at risk: Trauma and stressors across events. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 135-144). New York: Plenum.
- Green, B. (2000). Traumatic Loss: Conceptual and empirical links between trauma and bereavement. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 5, 1-17.
- Green, B. L., y Kimerling, R. (2004). Trauma, posttraumatic-stress disorder, and health status. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 13-42). Washington, DC: American Psychological Association.
- Green, B., Krupnick, J., Stockton, P., Goodman, L., Corcoran, C., y Petty, R. (2001). Psychological outcomes associated with traumatic loss in a sample of young women. *American Behavioral Scientist*, 44, 817-837.
- Hargrave, P., Leathem, J., y Long, N. (2012). Peritraumatic distress: Its relationship to posttraumatic stress and complicated grief symptoms in sudden death survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 344-347.
- Hibberd, R., Elwood, L., y Galovski, T. (2010). Risk and protective factors for posttraumatic stress disorder, prolonged grief, and depression in survivors of the violent death of loved one. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 426-447.
- Hobfoll, S. (1991). Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Research*, 4, 187-197.
- Horowitz, M. (1986). *Stress response syndrome* (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A., Bonnano, G., Milbrath, C., y Stinson, C. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.
- Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief: Maladaptation to loss*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kaltman, S., y Bonnano, G. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Anxiety Disorders*, 17, 131-147.
- Kristensen, P., Weisaeth, L., y Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent loss: A review. *Psychiatry*, 75, 76-97.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 1141-1148.
- Lobb, E., y Kristjanson, L. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34, 673-698.

- McKintosh, J. y Kelly, L. (1992). Survivors' reactions: Suicide vs. other causes. *Crisis*, 13, 82-93.
- Mezey, G., Evans, C. y Hobdell, K. (2002). Families of homicide victims: Psychiatric responses and help-seeking. *Psychology and Psychotherapy: Therapy, Research, and Practice*, 75, 65-75.
- Murphy, S., Braun, T., Tillery, L., Cain, K., Jhonson, L., y Beaton, R. (1999b). Post-homicide reactions: Grief, mourning and post-traumatic stress disorder following a drunk driving fatality. *Omega: Journal of Death and Dying*, 37, 41-58.
- Neria, Y., y Litz, B. (2004). Bereavement by traumatic means: The complex synergy of trauma and grief. *Journal of Loss and Trauma*, 9, 73-87.
- Parkes, C.M. (1971). Bereavement: Studies of grief in adult life. Harmondsworth, U.K.: Penguin Books, 1st/3rd editions.
- Parkes, C. (1998). Coping with loss. Bereavement in adult life. *British Medical Journal*, 316, 856-859.
- Prigerson, H., y Jacobs, S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. Stroebe, W. Stroebe, R.O. Hansson, & H. Schut (Eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 613-645). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Qureshi, S.U., Pyne, J.M., Magruder, K.M., Schulz, P.E., y Kunik, M.E. (2009). The link between post-traumatic stress disorder and physical comorbidities: A systematic review. *Psychiatric Quarterly*, 80, 87-97.
- Rando, T. (2000). On the experience of traumatic stress in anticipatory and mourning. In T. A. Rando (Ed.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning* (pp. 155-221). Champaign, IL: Research Press.
- Raphael, B., & Martinek, N. (1997). *Assesing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder*. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assesing psychological trauma and PTSD* (pp. 373-395). New York: Guilford Press.
- Raphael, B., Middleton, W., Martinek, N., y Misso, V. (1993). Counseling and therapy of the bereaved. In M. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.). *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (pp. 427-453). New York: Cambridge University Press.
- Rinear, E. (1988). Psychosocial aspects of parental response patterns to the death of a child by homicide. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 305-322.
- Sanz, J., Navarro, M.E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (2011). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II*. Pearson Educación: Madrid.
- Schnurr, P., Spiro, A., Vielhauer, M., Findler, M., y Hamblen, J. (2002). Trauma in the lives of older men: Findings from the normative aging study. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8, 175-187.
- Schut, H., De Keijser, J., Van Den Bout, J., y Dijkhuis, J. (1991). Post-traumatic stress symptoms in the first years of conjugal bereavement. *Anxiety Research*, 4, 225-234.
- Sledjeski, E.M., Speisman, B., y Dierker, L.C. (2006). Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 341-349.
- Sprang, G., y McNeil, J. (1998). Post-homicide reactions: Grief, mourning and post-traumatic stress disorder following a drunk driving fatality. *Omega: Journal of Death and Dying*, 37, 41-58.
- Stroebe, M., y Schut, H. (2006). Complicated Grief: A conceptual Analysis of the Field. *Omega*, 1(52), 53-70.
- Stroebe, M., Schut, H., y Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 3-4(38), 185- 201.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Ramjil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., y Alonso, J. (2005). El cuestionario SF-36 español: una década de experiencias y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-50.
- Ware, J.E., y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-83.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. The Health Institute: Boston, MA.
- Williams, J., Burke, L., McDevitt-Murphy, M., y Neimeyer, R. (2012). Responses to loss and Elath functioning among homicidally bereaved african americans. *Journal of Loss and Trauma*, 17, 218-235.

INVENTARIO TEXAS REVISADO DE DUELO

PARTE I: COMPORTAMIENTO EN EL PASADO

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la Época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas					
2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo					
3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa					
4. Tenía la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer					
5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal					
6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales					
7. Me sentía furioso/a porque me había abandonado					
8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir					

PARTE II: SENTIMIENTOS ACTUALES

Instrucciones: Por favor, sitúese mentalmente en la Época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella					
2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella					
3. No puedo aceptar su muerte					
4. A veces la/le echo mucho de menos					
5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo					
6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella					
7. Llora a escondidas cuando pienso en él/ella					
8. Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida					
9. No puedo dejar de pensar en él/ella					
10. Creo que no es justo que haya muerto					
11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarla/le					
12. Soy incapaz de aceptar su muerte					
13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo					

CUESTIONARIO DUKE-UNC

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36. Versión español

1.- En general, usted diría que su **salud** es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2.- ¿Cómo diría que es su **salud actual**, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5.- Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6.- Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7.- Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8.- Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12.- Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

- 13.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
- 14.- Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
- 15.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
- 16.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
- 17.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
2 No
- 18.- Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
2 No
- 19.- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
2 No
- 20.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- 1 Nada
2 Un poco
3 Regular
4 Bastante
5 Mucho
- 21.- ¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- 1 No, ninguno
2 Sí, muy poco
3 Sí, un poco
4 Sí, moderado
5 Sí, mucho
6 Sí, muchísimo
- 22.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- 1 Nada
2 Un poco
3 Regular
4 Bastante
5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

- 23.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de **vitalidad**?
- 1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

- 24.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy **nervioso**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 25.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan **bajo de moral** que nada podía animarle?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 26.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **calmado y tranquilo**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 27.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo **mucha energía**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 28.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **desanimado y triste**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 29.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **agotado**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 30.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **feliz**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 31.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **cansado**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 32.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Algunas veces
 - 4 Sólo alguna vez
 - 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34.- Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35.- Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36.- Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

BDI-II: Beck Depression Inventory-II

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido durante las dos últimas semanas, incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto. Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 (cambio en el patrón de sueño) y 18 (cambio en el apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Me siento triste continuamente.</p> <p>3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2 No espero que las cosas mejoren.</p> <p>3 Siento que mi futuro es desalentador y que las cosas solo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado.</p> <p>1 Siento que puedo ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1 He perdido confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusta.</p> <p>8. Autocríticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes.</p> <p>1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2 Critico todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo de todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2 Me gustaría suicidarme.</p> <p>3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
---	---



<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de interés</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>0 No me siento inútil.</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>2 Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el patrón de sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <hr/> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <hr/> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <hr/> <p>3b Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p> <p>18. Cambios en el apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <hr/> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <hr/> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que antes.</p> <hr/> <p>3a He perdido completamente el apetito.</p> <hr/> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19. Dificultad de concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de interés por el sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
---	---

BTQ: Brief Trauma Questionnaire

Las siguientes preguntas se refieren a situaciones extremadamente estresantes para la mayoría de las personas. Lo que Ud. tiene que decirme es si eso le ha ocurrido o no.

	Debe responder a cada una de estas cuestiones si la situación le ha ocurrido					
			¿Pensó que su vida corría peligro o que podría sufrir daños serios por esa situación?		¿Sufrió daños (lesiones, heridas, etc.) importantes debido a esa situación?	
	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ
1. ¿Ha formado parte de combates o guerras (como personal militar) o ha estado expuesto a trabajos donde ha estado expuesto a víctimas de guerra (por ejemplo, en los servicios médicos o funerarios)?						
2. ¿Ha sufrido o presenciado alguna vez un accidente de coche grave, un accidente laboral grave u otro tipo de accidente en otra situación?						
3. ¿Ha sufrido o presenciado alguna vez un desastre natural o tecnológico grave, como un incendio, un tornado, un huracán, una inundación, un terremoto o un escape químico o radiactivo?						
4. ¿Ha padecido alguna vez una enfermedad grave como cáncer, un infarto de miocardio, una leucemia, SIDA, esclerosis múltiple, etc.?						
5. Antes de cumplir los 18 años, ¿sufrió Ud. palizas o golpes por parte de sus progenitores, o un cuidador o un maestro, que le hicieron sentir mucho miedo y pensar que podía acabar teniendo heridas? ¿Sufrió como consecuencia de ello contusiones, cortes, hematomas, bultos u otras lesiones similares?						
6. A parte de lo que acaba de responder en la anterior pregunta, ¿alguna vez ha sido atacado, golpeado o asaltado por alguien (incluyendo amigos, miembros de su familia, conocidos o personas desconocidas)?						
7. ¿Alguna vez ha recibido presiones o intentos por parte de alguien para mantener una relación sexual que Ud. no deseaba? NOTA: Por relación sexual me refiero a cualquier contacto entre la otra persona y sus partes íntimas o entre Ud. y las partes íntimas de esa persona.						
8. ¿Ha estado expuesto alguna vez a alguna otra situación en la que Ud. haya sufrido daños o lesiones, o que le haya hecho temer que podría acabar sufriendo daños o, incluso, morir?						
9. ¿Algún miembro de su familia o amigo (a parte del fallecido por el que se le está entrevistando) ha muerto de modo violento debido a un accidente de coche, un atraco, un ataque violento...?						
10. ¿Ha sido testigo alguna vez de una situación en la que alguien haya sido herido gravemente o, incluso, asesinado, o ha sido testigo de alguna situación en la que Ud. haya temido que alguien podría acabar sufriendo daños serios o, incluso, morir? NOTA: No responda que "Sí" si la situación en la que está pensando ya la ha respondido afirmativamente en alguna de las preguntas anteriores.						

TSQ: Trauma Screening Questionnaire

Cuando una persona sufre una situación traumática se producen una serie de reacciones. A continuación yo le voy a preguntar por ellas. Por favor, dígame si a Ud. le ha ocurrido o no lo que le voy a ir diciendo al menos en un par de ocasiones durante la semana pasada.

	SÍ	NO
1. Pensamientos o recuerdos molestos acerca de la situación que aparecen en su mente aunque Ud. no lo desee.		
2. Sueños molestos (pesadillas) acerca de la situación.		
3. Comportándose o sintiendo como si la situación estuviera sucediendo de nuevo.		
4. Sentirse molesto por los recuerdos de la situación.		
5. Reacciones corporales cuando tiene recuerdos de la situación (como taquicardias, el estómago revuelto, sudoración, mareos...).		
6. Dificultad para quedarse o para mantenerse dormido.		
7. Irritabilidad o arrebatos de enfado o ira.		
8. Dificultad para concentrarse.		
9. Una mayor conciencia sobre posibles peligros para sí mismo o para otros.		
10. Ponerse nerviosa o sobresaltarse por algo inesperado.		



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

Análisis del sexismo en las letras de reggaetón

Trabajo Fin de Máster de Silvia Escobar Fuentes,
tutorizado por Luis Gómez Jacinto

Resumen

En las próximas líneas se pretende analizar el contenido del reggaetón en España, a través de las 50 canciones más escuchadas de este género musical. Tras una revisión teórica se muestra que el reggaetón es un género musical muy escuchado por los jóvenes, en él se transmite un contenido donde se destaca las relaciones sexuales, el sexismo y los roles de género clásicos. El objetivo general de esta investigación es conocer el contenido de estas canciones bajo una visión de género. Para poner a prueba este objetivo se han realizado una serie de categorías; estas son: "Mitos del Amor Romántico", "Violencia de Género", "Empoderamiento "Sexual", "Sexismo Hostil", "Sexismo Benévolo", "Cultura de Honor", "Roles y Estereotipos Clásicos", "Roles y Estereotipos Igualitarios", "Tipos de Amor" y "Conservación de la pareja"; divididas a su vez en sub-categorías. A través de dos jueces se clasificarían las letras. Después, se codificaron los datos a SPSS, se calculó el índice Kappa y se realizó una clasificación conjunta. Donde se obtuvieron los siguientes resultados; la categoría general más representada es el Sexismo Hostil representada en un 66% de la muestra. Si se desglosan las categorías en indicadores, los que más aparecen son; la "Hostilidad heterosexual" que aparece en un 56% de las canciones, "Encaprichamiento" posee un porcentaje del 38%, el "Amor es posesión y exclusividad" en un 36% de las letras, entre otros. Así pues la investigación ha demostrado que el reggaetón transmite unas conductas sexistas, unos roles de género tradicionales, y un tipo de relaciones marcadas por las relaciones sexuales.

Palabras clave: reggaetón, canciones, jóvenes, análisis de contenido, sociedad, sexismo, roles de género.

Introducción

Contextualización

En España, la violencia contra la mujer es un problema social significativo (Ruíz, 2007). De acuerdo con datos del Instituto de la Mujer (2015), el país español se encuentra en la 10ª posición con respecto a la igualdad de género a nivel Europeo, siendo el número total de denuncias por violencia de género de 129.193. Si se acude al extremo más dramático entre las diferencias de géneros, a 15 de junio de 2017 hay 28 feminicidios, llegando a un total de 44 asesinatos el año anterior. En la macroencuesta (2015) sobre violencia de género se puede observar que un 38,3% de mujeres entre 16-24 años sufren violencia de control y un 25,1% violencia emocional (De Miguel, 2015). Las cifras actuales muestran que las actuaciones adoptadas por el sistema jurídico son escasas y que la violencia de género no está disminuyendo (Ruíz, 2007). Se realizan muchas investigaciones e intervenciones en este ámbito, pero se debe seguir trabajando en ello. Los datos sobre control y violencia, sobre todo emocional, en las personas jóvenes son muy alarmantes (Bascón, Saavedra y Arias, 2013; González, 2009) y por ello se ha decidido realizar la investigación en este colectivo.

A la emergencia de este tipo de violencia favorecen distintos factores, por ello se ha pretendido abordar desde diferentes ámbitos (Ruíz, 2007). Esta lacra social tiene un origen multicausal poseyendo, a día de hoy, muchas teorías que tratan las causas de esta problemática (Condori y Guerrero, 2010). Entre otros motivos, los primordiales factores que actúan en la violencia contra la mujer son de índole individual, social y cultural (Condori y Guerrero, 2010; De Lujan, 2013; Ruíz, 2007). Este estudio se va a centrar en los factores sociales y culturales teniendo en cuenta cómo estos se pueden o no transmitir a través del reggaetón.

La importancia de la música para los jóvenes

En Estados Unidos, los adolescentes están expuestos a un total de 5 horas diarias de música (Levitin, 2006; McCormick, 2009). Los jóvenes de países industrializados escuchan aproximadamente cuatro horas de música al día, calificándola con 9 puntos de importancia en su día diaria en una escala sobre 10 (Lyle y Hoffman, 1972; Schäfer y Sedlemeier, 2010). Tras todo el tiempo que transcurren los adolescentes oyendo música, sería de especial interés examinar el contenido de las canciones. Sería un punto de partida analizar el reggaetón, ya que es uno de los género más escuchados por los jóvenes. Según Sánchez, Megías y Rodríguez (2003), se sitúa en tercera posición entre todos los género musicales más seguidos por los adolescentes.

La música como elemento de transmisión cultural y forma de identidad juvenil

Es de especial interés entender la música como un artefacto de expresión cultural que muestra maneras de observar el mundo y de comprenderse a uno mismo, y no solo como una acción unida al tiempo libre (Carballo, 2007). La cultura popular, sin lugar a dudas, tiene un lugar principal en la creación y transmisión de normas de género, que posteriormente se reproducen en la sociedad; en definitiva son un mecanismo en sí mismo que influye en la sociedad (Boman, 2012). El mundo musical se ha empleado para comunicar mensajes, historias, valores, principios éticos, además, algunos han sobrevivido incluso a flujos migratorios (Carballo, 2007). Las personas están en una sociedad sumergida en lo sonoro, en el cuál se ha empleado la música como una herramienta de persuasión oculta muy eficaz (Martínez, 2014; Rojas, 2012). Algunos autores como Rojas (2012) consideran que al estar tan internalizadas las diferencias de género, en la comunicación y dentro de ésta en la música, pueden ejercerse como un instrumento de dominio y subyugación. Puede ayudar a la formación de modelos de comportamientos y roles, que acentuar las diferencias entre sexos y potencian la dominación masculina (Martínez, 2014).

Las letras musicales son vehículos culturales que originan modificaciones en las personas, ya que tienen información que de forma explícita e implícita, puede llegar a trascender a nuestro vocabulario e ideologías (Adorno, 1997). Las canciones han sido uno de los mejores canales para la transmisión histórica-cultural (Berrocal y Gutiérrez, 2002). La música se puede encontrar en el contexto cotidiano más cercano de toda la población, convirtiéndose en uno de los principales canales para transmitir valores, creencias, pensamientos, normas, estilos de vida y actitudes (Rojas, 2012).

Las canciones forman parte de la identidad de los adolescentes ya que indagan en ellos para constituir su sentido de pertenencia; el reggaetón ha surgido como una cultura emergente en la población joven llegando a crear nuevos grupos sociales, influenciados por este estilo musical, marcados por unas diferenciadas pautas de comportamiento colectivo (Martínez, 2014).

Origen y popularización del reggaetón

El reggaetón, como género musical, ha tenido mucho protagonismo en las estructuras de consumo; este estilo musical es un género híbrido, que se originó al mezclar música latina, ritmos populares, reggae, hip-hop, rap, salsa, merengue y pop (Martínez, 2014). Se originó en Panamá en los años 1970 pero fue en Puerto Rico, en los años 90, cuándo este estilo musical se hizo famoso en todo el mundo (Martínez, 2014; Rojas, 2012). Galluci (2008) destaca que antes de esa fecha era un género clandestino que ha invadido a día de hoy gran parte de la esfera pública. Como representante originario se considera al artista "Vico C", que al mezclar distintos géneros produjo las primeras canciones del género y se denominaron *under*, del término *underground* (Ramírez, 2012).

Las cadenas de radio y los programas televisivos, destinados a los adolescentes, han popularizado el reggaetón (Rojas, 2012). Es un estilo musical masivamente comercializado y consumido, sobre todo por su facilidad de entendimiento, ya que emplea el "lenguaje de la calle" (Martínez, 2014). Según De Cabeza (2003), este tipo de lenguaje facilita que los mensajes sean más persuasivos hacia los jóvenes, ya que están adaptados al público adolescente. El vocablo empleado en este estilo musical ha supuesto la creación de una nueva jerga (Rojas, 2012). Otro de los factores, que han ayudado a la expansión de este género ha sido el gran carisma y aceptación que tienen los artistas entre sus seguidores (Rojas, 2012). Su atracción e imagen ayuda a que las canciones sean escuchadas de manera positiva y logren una gran popularidad (Gutiérrez-Rivas, 2010). Los intérpretes suelen ser mestizos y de origen urbano, cantan solos o a dúos y para grandes acontecimientos se agrupan (Carballo, 2007). Además, su ritmo clónico y repetitivo ha hecho que se transforme en un género muy famoso entre los jóvenes y no tan jóvenes (Gallucci, 2008).

Contenido de las letras

El reggaetón se ha ganado la reputación de ser un estilo musical marcado por la masculinidad que fomenta la sexualidad de forma recargada, la rivalidad, la violencia y el sexismo (Boman, 2012). El sexismo se podría definir como una actitud adjudicada a las personas, a partir del cual los individuos poseen confrontadas características y conductas dependiendo de su sexo (Lameiras, 2004). El sexismo ha evolucionado hasta nuestros días. Hemos pasado de un sexismo hostil a uno que se podría considerar benevolente. En el mencionado en primer lugar se manifiesta la inferioridad de la mujer como colectivo y expresa el interés de los hombres por cuidar, proteger y adorar a las mujeres (Cameron, 1997; Expósito, Herrera, Moya y Glick, 2010). Según Glick y Fiske (1996), el sexismo hostil posee los siguientes componentes: a) el paternalismo dominador donde se resalta que las mujeres son más débiles e inferiores a los hombres; b) la diferenciación de género competitiva donde se les proporcionan a las mujeres el espacio privado (el hogar y la familia), y las excluyen del ámbito económico y social; y c) la hostilidad sexual que se califican a las mujeres de peligrosas y manipuladoras. En cambio, el sexismo benevolente es mucho más complejo de eliminar ya que al ser empleado con un matiz positivo es tolerado incluso por las mujeres (Cameron, 1997; Expósito, Herrera, Moya y Glick, 2010). Éste estaría compuesto por (Glick y Fiske, 1996): a) el paternalismo protector, en el cuál las mujeres necesitan ser protegidas y cuidadas por los hombres; b) la diferenciación de género complementaria donde las mujeres poseen características que complementan a la de los hombres; y c) la intimidad heterosexual en donde un hombre está incompleto sin una mujer.

El sexismo hostil, como se ha comentado anteriormente, ha evolucionado hasta hoy día. Estos cambios, en las formas del sexismo, se han visto influenciados por las transformaciones que se han producido en las relaciones de pareja y en el "intento" de tener unas relaciones más igualitarias, encubriendo el sexismo clásico en pautas de cuidado hacia la mujer. Todo ello se transmite en las relaciones personales tanto de adultos como de jóvenes. Estas relaciones están formadas por tres factores fundamentales: intimidad, compromiso y pasión (Gómez-Jacinto, 2011). Entendiendo la intimidad dónde se promueve la proximidad, el vínculo y la conexión; el compromiso donde se toma la decisión de comenzar a amar y seguir amando y; la pasión que comprendería el deseo, la excitación sexual y la activación fisiológica (Gómez-Jacinto, 2011). Siendo la división de siete tipos de amor, siguiendo al mismo autor: "Amor de compañía" en el que se gozaría de intimidad y compromiso; "Amor vacío" donde solo prima el compromiso; "Amor necio" que sería una relación con compromiso y pasión; "Encaprichamiento" en el cual sólo se encontraría la pasión; "Amor romántico" en la que se hallaría la intimidad y la pasión; "Agrado" únicamente se localizaría la intimidad; y "Amor consumado" una relación totalmente completa con intimidad, pasión y compromiso. Después de hablar de los tipos de amor que puede haber en las relaciones personales de pareja, se debe de hablar, además, de las estrategias de conservación ya que una vez que se tiene pareja se emplean determinadas tácticas para su mantenimiento, éstas suelen estar íntimamente relacionadas con la manipulación psicológica hacia la otra persona (Gómez-Jacinto, 2011).

Cómo se expresa en el apartado anterior uno de los tipos de amor es el romántico. En éste se expresa cómo deben ser las relaciones personales, generalmente poseen unas connotaciones sexistas y dentro de la cual hay muchos mitos. Uno de los elementos que puede favorecer y mantener la violencia contra la mujer son los estándares de amor y los mitos, como se expresaba anteriormente, vigentes en la cultura Española (Peña, Ramos, Luzón y Recio, 2011; Sanmartín, Molina y García, 2003). Estos se pueden dividir en cuatro grandes bloques: a) “El amor todo lo puede” se puede encasillar todo lo relacionado con la creencia de que por amor se perdona y por él se aguanta todo, ya que este modelo es compatible con la creencia de que las personas opuestas se atraen, pudiéndose llegar a unir el amor y el maltrato, esto hace que se normalice el conflicto y se crea en la omnipresencia del amor; b) “El amor verdadero predestinado” donde lo importante es la complementariedad con la otra persona, creyendo que solo hay un amor verdadero y que sin él/ella no se está completo en esta vida; c) “El amor es lo más importante y requiere entrega total” las personas giran y perciben el mundo a través de las parejas se vive para dar felicidad a la otra persona, la entrega total, la despersonalización y la renuncia a la intimidad personal; y d) “El amor es posesión y exclusividad” aquí se enmarcaría la creencia de la unión estable, que los celos son una muestra de amor, se realzaría la fidelidad y exclusividad a través de juicios diferentes si eres hombre o si eres mujer (Peña, Ramos, Luzón y Recio, 2011).

Además, como se ha citado anteriormente todo ello transmite los roles y estereotipos de género. Los roles y estereotipos clásicos entienden a la mujer como ama de casa, esposa o madre. Los hombres se consideran expertos en productos tecnológicos, en automóviles, con un don para el liderazgo, muy independientes, con inteligencia, trabajador fuera del hogar y desempeñando su rol profesional (Furnham y Mak, 1999). En contraposición, se deben definir los roles y estereotipos igualitarios donde la mujer se encontraría asociada al asociada al trabajo, roles de poder y liderazgo (Green, Ashmore y Manzi, 2005), y los hombres como colaboradores en el hogar y en la repartición de tareas.

Los estereotipos están muy ligados a los prejuicios que pueden llegar a causar discriminación (González, 1999). Por ello, puede desembocar en violencia de género. Según la Ley 13/2007 de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género se define: “Toda conducta que atenta contra la dignidad e integridad física y moral de las mujeres por el hecho de serlo, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres”. A través de la misma ley, se determinan tres tipos de formas de ejercer la violencia: a) la violencia física que se consideraría todo acto de fuerza contra la integridad física de la mujer con resultado o riesgo de producir una lesión o daño físico; b) violencia psicológica que comprendería toda conducta verbal o no verbal que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento. A través de amenazas, humillaciones, exigencias de obediencia o sumisión, coerción, insultos, aislamiento, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad; y c) la violencia sexual que sería cualquier acto de naturaleza sexual forzada por el agresor o no consentida por la mujer. Por otro lado, separándolo de la violencia psicológica, se ha haya la violencia social que es todo el todo el aislamiento al que la mujer estaría sometida en sus relaciones sociales, para que ésta no puede tener otros pensamientos, demandar o adquirir ayuda (Nogueiras, 2006).

Por todo ello, el objetivo general de la investigación es identificar el contenido sexista de las cincuenta canciones de reggaetón más escuchadas en España. Uno de los objetivos específicos sería identificar los roles de género en el reggaetón, y otro analizar el tipo de relaciones que se transmiten las canciones de este género musical.

Los datos de la macroencuesta sobre violencia de género (De Miguel, 2015), ponen de manifiesto que un 38,3% de las mujeres entre 16-24 años sufren violencia de control y un 25,1%, de la misma franja de edad, violencia emocional. Con estos datos se puede comprobar que la violencia de género no está disminuyendo (Ruíz, 2007), sino que se está incrementando entre las adolescentes españolas. La violencia de género es un fenómeno multicausal (Condori y Guerrero, 2010), y por ende se puede estudiar desde numerosas perspectivas, en este estudio, concretamente, se va a focalizar en los factores culturales, específicamente en las canciones que escuchan los adolescentes. Se debe de tener en cuenta que éstos, en los países industrializados, escuchan 4 horas de media al día de música (Schäfer y Sedlemeier, 2010). En concreto, el reggaetón es el tercer género más escuchado entre los jóvenes del país (Sánchez, Megías y Rodríguez, 2003). Se debe poner de manifiesto que la música es un vehículo cultural que transmite mensajes, historias, valores, principios éticos, etc... (Boman, 2012; Carballo, 2007). Por ello, es de especial interés analizar el contenido de estas canciones tan representativas para los jóvenes; ya que los adolescentes viven en un mundo sonoro que ha empleado la música como elemento de persuasión (Martínez, 2014; Rojas, 2012), y que transmite las normas de género que se reproducen en la sociedad (Boman, 2012). Además, este estilo musical está marcado por la sexualidad, la rivalidad entre varones, la violencia, el sexismo y la masculinidad, entre otros

aspectos. Por todo lo anteriormente expuesto, es de especial interés analizar las letras que escuchan los adolescentes, ya que pueden llegar a ser una causa de la violencia de género, y tomar su contenido como fuente para futuras investigaciones e intervenciones.

La principal hipótesis del estudio es que todas las letras de reggaetón seleccionadas en este estudio promueven unos roles, estereotipos y actitudes de género sexistas; donde se degrada la imagen de la mujer y mayoritariamente es representada como sentimental y dependiente al hombre, en cambio el hombre es representado como heterosexual, dominante y rival de otros hombres. La segunda hipótesis es que casi todas las canciones suscitan unas relaciones personales basadas en el sexo sin responsabilidad y sólo en el disfrute del momento, que fomentan una forma de entender el amor como las relaciones de pareja de forma equivocada, así como incluyen mitos del amor romántico para distorsionar aún más las relaciones de pareja.

Método

Medio

La selección de las canciones se han realizado a través de diversos sitios webs, es decir, han sido escogidas de “YouTube”, “Spotify”, una lista de periódico (“20 minutos”) y un foro español de reggaetón (“Reggaetonline”).

Muestra

La muestra de la investigación está formada por 50 canciones, desde el 2003 hasta el año 2016, extraídas de los medios que se expresan en el apartado anterior (ANEXO I). De las dos primeras plataformas se han seleccionado, de cada una, dos listas que han sido las más escuchadas de sus medios. De las otras dos webs se ha optado por otras dos listas, una de cada sitio. Teniendo un conjunto de 6 listas con más de 70 canciones cada una. Se han seleccionado las canciones coincidentes en el conjunto de listas siendo el orden, en el análisis, según el número de coexistencias, es decir, estarán las primeras las que se han repetido en las seis listas por orden de aparición.

La selección de categorías, que se muestran a continuación, ha sido elaborada a partir de una revisión teórica. El cuadro 1 contiene la lista de categorías que se han propuesto para el análisis de contenido de las letras de las canciones.

Cuadro 1
Categorías de las canciones

Categorías	Sub-categorías
1. Mitos amor romántico.	1.1. El amor todo lo puede. 1.2. El amor verdadero predestinado. 1.3. El amor es lo más importante y requiere entrega total. 1.4. El amor es posesión y exclusividad. 1.5. Otro.
2. Violencia de género.	2.1. Física. 2.2. Psicológica. 2.3. Social. 2.4. Sexual. 2.5. Otro.
3. Empoderamiento sexual.	3.1. Sexual del hombre. 3.2. Sexual de la mujer. 3.3. Sexual de la pareja. 3.4. Otro.
4. Sexismo Hostil.	4.1. Paternalismo dominador 4.2. Diferenciación de género competitiva. 4.3. Hostilidad heterosexual. 4.4. Otro.
5. Sexismo benévolo.	5.1. Paternalismo protector. 5.2. Diferenciación de género complementaria. 5.3. Intimidad heterosexual. 5.4. Otro.
6. Cultura de Honor.	6.1. Reconocimiento social. 6.2. Superioridad frente a otros hombres. 6.3. Devaluación de los competidores. 6.4. Otro.

7. Roles y estereotipos clásicos (vinculados al machismo)	7.1. Mujer dependiente. 7.2. Mujer ama de casa. 7.3. Mujer sentimental. 7.4. Hombre independiente. 7.5. Hombre trabajador. 7.6. Hombre racional. 7.7. Otro.
8. Roles y estereotipos igualitarios (vinculados al feminismo)	8.1. Mujer independiente. 8.2. Mujer empleada. 8.3. Mujer con poder empresarial. 8.4. Hombre como cuidador. 8.5. Hombre que realiza tareas del hogar. 8.6. Hombre que cumple órdenes de mujeres. 8.7. Otro.
9. Tipos de amor.	9.1. Amor de compañía. 9.2. Amor vacío. 9.3. Amor necio. 9.4. Encaprichamiento. 9.5. Amor romántico. 9.6. Agrado. 9.7. Amor consumado. 9.8. Otro.
10. Conservación pareja.	10.1. Castigar la infidelidad de la mujer. 10.2. Castigar la infidelidad del hombre. 10.3. Devaluación de la pareja mujer. 10.4. Devaluación de la pareja hombre. 10.5. Exhibición de recursos femenina. 10.6. Exhibición de recursos masculina. 10.7. Provocación de celos femenina. 10.8. Provocación de celos masculina. 10.9. Otro.

Procedimiento

Se ha empleado una técnica de interpretación de textos denominada análisis de contenido, a través de la cual se codifica el material (Andreu, 2002). Siendo la frecuencia de aparición de las categorías el pilar principal de las conclusiones, lo que se procura examinar son las ideas enunciadas en el texto (López, 2002). Para la fiabilidad se requieren un mínimo de dos codificadores, a los que se le entregan un libro de códigos, que podría ser asemejado a un manual de instrucciones (Piñuel, 2002). En conclusión, la fiabilidad se formula según el nivel de acuerdo alcanzado, teniendo que ser mayor que el correspondiente al azar, por los jueces sobre la asignación de las unidades a las diversas categorías (Kipperdor, 1990).

Se seleccionó a dos personas ajenas al estudio, un codificador de 26 años y una codificadora de 26 años, para que clasificaran las canciones en las distintas categorías. Se les citó para la entrega de las canciones y del libro de códigos, se les dio unas breves instrucciones también. Tuvieron para la realización de la codificación tres semanas. Con estos resultados, que se codificaron en SPSS, se realizó un análisis sobre el índice de acuerdo de los jueces, índice Kappa, siendo el resultado:

Categoría	Índice Kappa
Mitos del amor romántico	,668
Violencia de género	,817
Empoderamiento sexual	,668
Sexismo hostil	,653
Sexismo benévolo	,813
Cultura de honor	,612
Roles y estereotipos clásicos	,545
Roles y estereotipos igualitarios	,790
Tipos de amor	,569
Conservación de la pareja	,760

Según la valoración del coeficiente kappa (Landis y Koch, 1977) las categorías “Roles y Estereotipos Clásicos” y “Tipos de Amor” poseen un índice moderado; las categorías “Violencia de género” y “Sexismo benévolo” casi perfecto y; todas las demás estarían en la medida de lo considerable.

Resultados

Se volvió a reunir a los codificadores para llegar a un acuerdo, sobre todas las categorías, en las canciones que tenían distintas para aunar criterios. Después, se introdujeron todos los datos en SPSS llegando a los siguientes resultados.

Tabla 1
Frecuencia y porcentaje de quién canta la canción

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	49	98,0
Mujer	0	0,0
Hombre y mujer	1	2,0
Total	50	100,5

El 98% de las canciones de la muestra están interpretadas por varones, correspondiendo a un 2% a una canción cantada por un hombre y una mujer, siendo nula la participación de la mujer como artista principal y única.

Tabla 2
Frecuencia, porcentaje, media y desviación típica de aparición de cada categoría en la muestra

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación típica
Mitos del amor romántico	24	48,0	,48	,505
Violencia de género	13	26,0	,26	,443
Empoderamiento sexual	23	46,0	,46	,503
Sexismo hostil	33	66,0	,66	,479
Sexismo benévolo	10	20,0	,20	,404
Cultura de honor	24	48,0	,48	,505
Roles y estereotipos clásicos	15	30,0	,30	,463
Roles y estereotipos igualitarios	8	16,0	,16	,370
Tipos de amor	30	60,0	,60	,495
Conservación de la pareja	19	38,0	0,38	,490

La categoría más representada en las canciones es “Sexismo Hostil” apareciendo en 33 de las 50 canciones de la muestra, con un 66% y una media de 0,66 que es número de veces que aparece en la canción, se podría entender como la fuerza que tiene en la canción. A continuación se encontrarían los “Tipos de Amor” con una frecuencia de 30 ocasiones, con un porcentaje del 60% y una fuerza de 0,60. En los “Mitos del Amor Romántico” y la “Cultura de Honor” se pueden observar cómo están representadas en casi la mitad de la muestra cada categoría, en 24 canciones, con un 48% y una media de 0,48. Luego el “Empoderamiento Sexual” con un frecuencia de 23, en un 46% de las letras y con una media de 0,46. Seguido estaría la categoría “Conservación de la Pareja” con una aparición de 19 veces, en un 38% de la muestra y con una media de 0,38. Después se encontrarían los “Roles y Estereotipos Clásicos” con una frecuencia de 15 veces, representando un 30% y con una fuerza de 0,30. Como antepenúltima “Violencia de Género” que aparece en 13 canciones, posee un porcentaje del 26% y una media de 0,26. En penúltima posición el “Sexismo Benévolo” con 10 apariciones, con un porcentaje del 20% y una media de 0,20. La última categoría sería “Roles y Estereotipos Igualitarios” representada en 8 canciones, está en un 16% de las canciones y con una media de 0,16.

Tabla 3
Frecuencia, porcentaje, media y desviación típica de la Categoría “Mitos del Amor Romántico”

Sub-Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación típica
El amor todo lo puede	7	14,0	,36	1,083
El amor verdadero predestinado	6	12,0	,24	,771
El amor es lo más importante y requiere entrega total	5	10,0	,30	,974
El amor es posesión y exclusividad	18	36,0	,94	1,963

En la división de la primera categoría se puede observar que la sub-categoría que más aparece, 18 veces, en las canciones es “El amor como posesión y exclusividad” con un porcentaje de un 36% y una media fuerte de 0,94, es decir, aparece esta categoría casi en todas las canciones. Después, estaría el mito “El amor todo lo puede” siendo su frecuencia en 7 canciones, con un porcentaje de 14% y una media débil de 0,36. Seguido del “El amor verdadero predestinado” que está en las canciones en una unidad menos que la anterior, en un porcentaje de 12% y con la media de 0,24. En último lugar, “Amor es lo más importante y requiere entrega total” que posee una frecuencia de 5, es decir, sale en 5 canciones, asimismo tiene un 10% de representación en la muestra y una media de 0,30.

Tabla 4

Frecuencia, porcentaje, media y desviación típica de la Categoría “Violencia de Género”

Sub-categorías	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación típica
Física	0	0,0	,00	,000
Psicológica	8	16,0	,38	1,176
Social	6	12,0	,24	,822
Sexual	1	2,0	,04	,283

En la tabla número 4 la categoría “Violencia de Género” se divide en “Psicológica” que está representada en 8 letras, con un porcentaje del 16% y una media débil de 0,38. Luego estaría la sub-categoría “Social” con una frecuencia de 6 apariciones, en un 12%, en una intensidad más baja que la anterior de 0,24. En penúltima posición la “Sexual” que se encuentra simbolizada una única vez, con un porcentaje del 2% y una media muy frágil de 0,04.

Tabla 5

Frecuencia, porcentaje, media y desviación típica de la Categoría “Empoderamiento Sexual”

Sub-categorías	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación típica
Empoderamiento sexual del hombre	17	34,0	,90	1,693
Empoderamiento sexual de la mujer	1	2,0	,04	,283
Empoderamiento sexual de la pareja	8	16,0	,40	1,088

Al ser desglosada la tercera categoría se puede ver cómo el “Empoderamiento Sexual del Hombre” es el más representado apareciendo 17 veces, en un porcentaje del 34% y con una media alta de 0,90, es decir, está en casi en todas las canciones una vez. Después, el “Empoderamiento Sexual de la Pareja” con una frecuencia de 8, con un porcentaje del 16% y una media de 0,40. Terminando por el “Empoderamiento Sexual de la Mujer” que se puede observar en una sola canción, en un porcentaje muy bajo del 2% y una media muy frágil del 0,04.

Tabla 6

Frecuencia, porcentaje, media y desviación típica de la Categoría “Sexismo Hostil”

Sub-categorías	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación típica
Paternalismo dominador	13	26,0	,68	1,504
Diferenciación de género competitiva	0	0,0	,00	,000
Hostilidad heterosexual	28	56,0	1,56	2,242

En la categoría “Sexismo Hostil” se dividen la frecuencia entre el “Paternalismo dominador” y la “Hostilidad heterosexual” siendo de 13 y 28 respectivamente. La primera sub-categoría tiene un porcentaje del 26% y una media de 0,68. En la tercera sub-categoría el porcentaje de aparición es del 56%, es decir, que está representada en la mitad de las canciones y su media es de intensa con un 1,56, es decir, aparece más de una vez por canción. La “Diferenciación de género competitiva” no se encuentra en ninguna canción.

Tabla 7

Frecuencia, porcentaje, media y desviación típica de la Categoría “Sexismo Benévolo”

Sub-categorías	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación típica
Paternalismo protector	5	10,0	,22	1,016
Diferenciación de género complementaria	3	6,0	,06	,240
Intimidación heterosexual	3	6,0	,06	,240

En la tabla número 9 se puede observar que mayoritariamente aparece el “Paternalismo protector” hasta en 5 ocasiones, con un 10% y una fuerza baja de 0,22. Equiparados con una frecuencia de 3 apariciones, en un porcentaje de 6% y con una intensidad muy baja del 0,06 estarían la “Diferenciación de género complementaria” y la “Intimidad heterosexual”.

Tabla 8

Frecuencia, porcentaje, media y desviación típica de la Categoría “Cultura de Honor”

Sub-categorías	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación típica
Reconocimiento social	17	34,0	,52	,863
Superioridad frente a otros hombres	9	18,0	,46	1,164
Devaluación de los competidores	8	16,0	,46	1,432

En la categoría de “Cultura de Honor”, la primera sub-categoría aparece en 17 letras de canción, con un porcentaje del 34% y una media de 0,52. En la segunda sub-categoría la frecuencia es de 9, el porcentaje del 18% y la fuerza del 0,46. Para finalizar la última sub-categoría posee una frecuencia menor en una unidad, que la anterior, un porcentaje del 16% y una media semejante que la antepuesta.

Tabla 9

Frecuencia, porcentaje, media y desviación típica de la Categoría “Roles y Estereotipos Clásicos (vinculados al machismo)”

Sub-categorías	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación típica
Mujer dependiente	8	16,0	,40	1,212
Mujer ama de casa	1	2,0	,04	,283
Mujer sentimental	6	12,0	,34	,982
Hombre independiente	3	6,0	,10	,416
Hombre trabajador	0	0,0	,00	,000
Hombre racional	0	0,0	,00	,000

En el desglose de la categoría número siete la que más sale es la “Mujer dependiente” con un aparición en 8 canciones, en un porcentaje del 16% y media de 0,40. Seguida de la sub-categoría “Mujer sentimental” con una frecuencia de 6 veces, en un 12% y una fuerza del 0,34. Luego aparecería el “Hombre independiente” que se puede encontrar en 3 canciones, que posee un porcentaje del 6% y una media baja del 0,10. La última figurada sería “Mujer ama de casa” que únicamente está en una canción, con un porcentaje del 2% y una media muy baja de 0,04. Por último se puede ver como las sub-categorías “Hombre trabajador” y “Hombre racional” no están en ninguna canción.

Tabla 10

Frecuencia, porcentaje, media y desviación típica de la Categoría “Roles y Estereotipos Igualitarios (vinculados al feminismo)”

Sub-categorías	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación típica
Mujer independiente	7	14,0	,36	1,064
Mujer empleada	0	0,0	,00	,000
Mujer con poder empresarial	0	0,0	,00	,000
Hombre cuidador	1	2,0	,02	,141
Hombre que realiza tareas del hogar	0	0,0	,00	,000
Hombre que cumple órdenes de mujeres	1	2,0	,02	,141

En la tabla número 10 se puede encontrar la siguiente división. Por un lado, estaría la “Mujer independiente” que es la más representada con un 14%, con 7 apariciones y una media débil de 0,36. Estarían equiparados las sub-categorías de “Hombre cuidador” y “Hombre que cumple órdenes de mujeres” cuya aparición es única en una canción, poseen un porcentaje del 2% y una media muy frágil del 0,02. Las demás subcategorías no están representadas en ninguna de las letras del estudio.

Tabla 11

Frecuencia, porcentaje, media y desviación típica de la Categoría “Tipos de Amor”

Sub-categorías	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación típica
Amor de compañía	1	2,0	,04	,283
Amor vacío	0	0,0	,00	,000
Amor necio	2	4,0	,10	,580
Encaprichamiento	19	38,0	1,06	1,800
Amor romántico	6	12,0	,22	,790
Agrado	1	2,0	,02	,141
Amor consumado	1	2,0	,08	,566

Cuando se expresan los “Tipos de Amor” el fundamental es el “Encaprichamiento” que aparece en 19 ocasiones, tiene un porcentaje del 38% y un fuerza de 1,06, es decir, aparece una vez por canción. A continuación, estaría el “Amor romántico” con una frecuencia de 6 veces, representado en un 12% y con una media de 0,22. Después, estaría el amor necio en dos canciones, en un porcentaje del 4% y una media de 0,10. Luego estarían asemejados en frecuencia, 1, y porcentaje, 2%, el “Amor de compañía”, el “Agrado” y el “Amor consumado. En cuanto a la media sería de 0,04, 0,02 y 0,08, respectivamente. No se ha codificado en ninguna ocasión el amor vacío.

Tabla 12

Frecuencia, porcentaje, media y desviación típica de la Categoría “Conservación de la pareja”

Sub-categorías	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación típica
Castigar la infidelidad de la mujer	5	10,0	,16	,548
Castigar la infidelidad del hombre	0	0,0	,00	,000
Devaluación de la pareja femenina	5	10,0	,28	1,107
Devaluación de la pareja masculina	0	0,0	,00	,000
Exhibición de recursos femeninos	0	0,0	,00	,000
Exhibición de recursos masculinos	10	20,0	,28	,607
Provocación de celos femenina	4	8,0	,14	,535
Provocación de celos masculina	2	4,0	,12	,594

Dentro de la categoría de “Estrategias de Conservación de la Pareja”, se puede observar que la más codificada es la “Exhibición de recursos masculinos” con una aparición en 10 canciones, un porcentaje del 20% y una media de 0,28. En cuanto a las sub-categorías de “Castigar la infidelidad de la mujer” y la “Devaluación de la pareja femenina” tienen la misma frecuencia en 5 ocasiones y el mismo porcentaje del 10%. En cuanto a la media, en la primera nombrada es débil de 0,16 y en la segunda anteriormente descrita su media es el 0,28. La penúltima sub-categoría aparece en 4 de las 50 canciones del estudio, con un porcentaje del 8% y con una media débil del 0,14. La última sub-categoría “Provocación de celos masculina” es la menos representada en 2 ocasiones, en un porcentaje del 4% y una media de 0,12. No se han representado las sub-categorías de “Castigar la infidelidad del hombre”, la “Devaluación de la pareja masculina” y la “Exhibición de recursos femeninos”.

A modo de resumen la categoría general más representada es el Sexismo Hostil con una frecuencia en 33 canciones de las 50 de la muestra, representada en un 66%, con una media de 0,66 y una desviación típica de 0,479. Si se desglosan las categorías en indicadores, los que más aparecen son; el “Amor es posesión y exclusividad” con una frecuencia de 18 veces y en un 36%. La “Violencia de género psicológica” con un porcentaje del 16%, y una frecuencia en 8 canciones. El “Empoderamiento sexual del hombre” representado en 17 canciones y con un porcentaje del 34%. La “Hostilidad heterosexual” que aparece hasta el 28 canciones, más de la mitad, con un 56%. El “Paternalismo protector” con una frecuencia baja de 5 apariciones y posee un porcentaje del 10%. El “Reconocimiento social” que tiene representación en 17 canciones y un porcentaje del 34%. Asimismo, la “Mujer dependiente” con una frecuencia de 8 y un porcentaje del 16%. En contraposición la “Mujer independiente” con una baja aparición en 7 letras de las canciones del estudio y representada en un 14%. En cuanto al “Encaprichamiento” posee una frecuencia de 19 veces y por porcentaje del 38%. En la última la “Exhibición de Recursos Masculinos” hay un total de 10 apariciones que representan un 20%.

A continuación, se van a describir la relación que mantienen algunas de las categorías concretamente aquellas que tienen una relación con los objetivos específicos. Para ello, se va a emplear una correlación no paramétrica, concretamente el Rho de Spearman (ρ), ya que las categorías no cumplen los supuesto paramétricos de Pearson.

Con el primer objetivo específico relacionado con los roles de género en las canciones se han realizado dos correlaciones. En la primera se encontraría la sub-categoría de “Devaluación de la pareja mujer” y “Castigar la infidelidad de la mujer”, con un $p = 0,344$ las variables tienen una relación positiva e intensa ($p = 0,014$) ya que cuando aumenta la aparición de una de las categorías aumenta la otra. Se puede observar cómo se intensifica los roles de la mujer como inferior al hombre, ya que está presente la devaluación, y como cuando más aparece ésta también la de castigar su infidelidad. La segunda correlación comprendería la “Provocación de celos masculina” y “Castigar la infidelidad de la mujer”, con un $p = 0,584$ igual que en el caso anterior se corresponde una relación positiva y muy intensa ($p = 0,000$) cuanto más aparece una más la otra. Hay una relación entre los celos que provocan los hombres, y que éstos desembocan en la infidelidad por parte de la mujer que debe ser castigada. Se ven los roles de hombre cómo mujeriego y mujer infiel.

En relación al segundo objetivo específico vinculado con cómo se muestran las relaciones de pareja entre los jóvenes en este género musical se han realizado las siguientes correlaciones. Entre las sub-categorías “Amor romántico” y “Agrado” con un $p = 0,369$ las variables tienen una relación positiva e intensa ($p = 0,008$) esto quiere decir que cuanto aumenta una lo hace también la otra. Estos tipos de amor se suelen aparecer juntos y cuanto más se incrementa uno también el otro, esto puede ser porque los dos tienen un elemento común que es la intimidad. La siguiente correlación es entre el “Empoderamiento sexual del hombre” y el “Encaprichamiento” que poseen una $p = 0,364$ que similar a la correlación anterior tiene una relación positiva y muy intensa ($p = 0,009$). Se asocia al hombre con un tipo de amor que solo está formado por la pasión, el encuentro sexual. Por último, se ha analizado la relación que hay entre el “Empoderamiento sexual de la mujer” y el “Amor de compañía” que tiene una $p = 1$ que de la misma forma que todas las correlaciones anteriores mantiene una relación positiva e intensa ($p = 0,000$), es decir, cuando aumenta la aparición de una de las categorías aumenta la otra. El amor de compañía está formado por la intimidad y el compromiso, entonces se puede suponer que la mujer tiene un encuentro sexual cuando ve que se relación va a ser estable.

Discusión y conclusiones

Según Bourdieu (2003), la dominación masculina tiene una historicidad muy amplia, es decir, no es un problema novedoso sino que las diferentes maneras de transferirse se han modificado conservándose las diferencias de género. Estas ingeniosas formas de transmisión de la desigualdad entre hombre y mujer se han trasladado a la música, concretamente en los nuevos género como el reggaetón. Este hecho refuerza los problemas de género y hace que se incremente la discriminación hacia el sexo femenino (Martínez, 2014).

En las letras del reggaetón se divulgan numerosos contenidos sexuales, en el análisis de este estudio la categoría de “Empoderamiento Sexual” está representada casi en la mitad de la muestra. El inconveniente radicaría en que no se les ofrece a los jóvenes los elementos necesarios para recapacitar sobre el contenido convirtiéndolos en una población esencialmente vulnerable (Martínez, 2014).

Además de incitar a los jóvenes al sexo (Rojas, 2012); este acto es llevado a cabo irresponsablemente y sin ningún tipo de consecuencias negativas buscando solo el disfrute (Martínez, 2014; Ramírez, 2012;). En consonancia con estos autores, en el análisis de este estudio tendría relación con la sub-categoría “Encaprichamiento” que representaría un tipo de relaciones basada únicamente en la intimidad, pudiéndose relacionar directamente con el acto sexual, y que está presente en más de tercio de las canciones. Además, añadir que este tipo de relación está íntimamente relacionado con los varones, reforzando al hombre como mujeriego y viril.

La mayoría de los cantantes son hombres, esto puede deberse a que el reggaetón se originó en un país marcado por el poder masculino, este hecho hace que el contenido se relate desde el punto de vista de los varones (Boman, 2012). El 100% de las canciones de la muestra de este estudio, que se han analizado, han sido interpretadas por hombres. Cómo se ha comentado anteriormente, la música es un vehículo para la transmisión mensajes, en este género, especialmente para la transmisión de las preocupaciones masculinas heterosexuales y, lo más importante, para la recuperación de la masculinidad hegemónica (West y Lay, 2000). Fortaleciéndose los estereotipos que aún priman en la sociedad (Ramírez, 2012); manteniéndose el dualismo entre ser hombre y mujer, es decir, el *statu quo* preestablecido (De Toro, 2011).

La principal imagen que se transmite de la mujer es de objeto sexual (Carballo, 2007; De Toro, 2011; Gutiérrez-Rivas, 2010; Martínez, 2014; Rojas, 2012). Pudiendo llegar a tener relación la sub-categoría de “Devaluación de la pareja femenina” la cual aparece es también representada en las letras, ya que al equiparar a la mujer a un objeto se está infravalorando. Además, el sexo femenino es representado como un sujeto sumiso (Martínez, 2014), en el análisis la sub-categoría “Mujer dependiente” está

represente; y emocional (Boman, 2012), que en este estudio se ha denominado “Mujer sentimental” la cual aparece también en las canciones. La categorías de “Roles y Estereotipos Clásicos” comprenden un tercio de las letras pudiéndose comprobar que aun siendo un género “novedoso” lleva inscritos unos roles de género sexistas.

A las mujeres se las compara con animales salvajes y peligrosos cuyo fin es la complacencia sexual del varón (De Toro, 2011; Gutiérrez-Rivas, 2010), dentro de la categoría de “Empoderamiento sexual”, como disfrute exclusivamente del hombre hay una representación más de un tercio, de las canciones, que si se une al de la pareja, en el cual también disfruta el varón, ascendería a la mitad de la muestra. En el punto opuesto, estaría la mujer que se la simboliza con un escaso deseo sexual (Boman, 2012), que se puede observar en el estudio ya que es escasa la aparición de la sub-categoría “Empoderamiento sexual de la mujer”, entendido como disfrute único de ésta. Además, está relacionado con el “Amor de compañía”, es decir, que muestra que la mujer mantendría relaciones sexuales si se observa un compromiso e intimidad en la relación.

Si se observa el modelo de Gallucci (2008), la mujer se vería descrita en cuatro ámbitos a) figura sexy, seductora y desinhibida, aquí se vería representada la sub-categoría “Hostilidad heterosexual”, en la cual la mujer usa su cuerpo para hipnotizar al hombre, aparece en más de la mitad de las canciones de la muestra; b) infiel; c) víctima del hombre, estos dos apartados estarían relacionados con las correcciones de castigar la infidelidad y la devaluación de la mujer, ya que a ésta se la considera inferior y además es víctima del hombre por su infidelidad y; d) compañera perfecta de su homólogo varón, que dentro del “Sexismo Benévolo” correspondería a una “Diferenciación de género complementaria” que aparece en un porcentaje bajo de las canciones seleccionadas en el estudio. Esta emplea su físico para atraer a los hombres, justificando la infidelidad masculina, o para alcanzar venganza (Boman, 2012; Ramírez, 2012). Esto se podría observar en la sub-categoría “Provocación de celos por parte de la mujer”, ya que en las canciones usa su físico para el fin comentado anteriormente. Un esquema muy parecido es que emplea Boman (2012), el que describe a la mujer como bailarina, salvaje, infiel y víctima de la traición, entre otros adjetivos. Este mismo autor, destaca que la libertad de la mujer para estar fuera del hogar es un privilegio. Se les niega el poder y la toma de decisiones (De Toro, 2011). Estos últimos aspectos también se ven bloqueados para la mujer en el estudio, ya que dentro de roles igualitarios no están representadas en las canciones cada sub-categoría (mujer empleada y mujer con poder empresarial).

Centrándose en las intervenciones de las mujeres, en las canciones, estas se limitan a repetir pequeñas frases (Carballo, 2007; Boman, 2012). De las 50 canciones de la muestra sólo una es cantada por una mujer, y esta misma canción también es interpretada por un varón. En cambio, los hombres son los principales cantantes que manejan el espectáculo (De Toro, 2011).

En contraposición el hombre es descrito cómo dominante y agresivo (Martínez, 2014); en cierta manera para demostrar su heterosexualidad, deseado por numerosas “hembras”, y violento como prueba de su virilidad, todo esto estaría acompañado por la exhibición de recursos masculinos (Boman, 2012; Carballo, 2007; De Toro, 2011). Ya se ha comentado anteriormente la virilidad, dentro del empoderamiento sexual de hombre. En resumen, se podría expresar que la heterosexualidad fija la legitimidad del hombre (De Toro, 2011). Varón superior sexualmente, rival de otros homólogos y libre de nacimiento (Boman, 2012). Representada en un 34%, de las letras de la muestra, si se juntan las sub-categorías de “Superioridad frente a otros hombres” y “Devaluación de los competidores”. El honor se vuelve central en la dignidad social y pilar fundamental de la propia seguridad (De Toro, 2011). Dentro de la categoría “Cultura de Honor” el “Reconocimiento social” aparece en un tercio de las canciones.

Se podría decir que estos roles fortifican la cultura machista en las personas que viven inmersas hoy día, eligen a la población juvenil, vulnerable por su falta de formación crítica para hacer mella (Ramírez, 2012). En definitiva, se ejerce una violencia simbólica que no es percibida por sus oyentes (Bourdieu, 2003). Según Gutiérrez-Rivas (2010) una violencia amortiguadora ya que se ejerce simbólicamente, a través de la comunicación, aprovechando el desconocimiento y los sentimientos.

Las aportaciones del estudio a la realidad social y comunitaria son muy diversas, hace un mapeo general de los contenidos que se transmiten en un nuevo género musical que cada vez tiene más representación entre los jóvenes. Pone de manifiesto el mantenimiento del *statu quo* y las nuevas formas de transmisión de las diferencias de género. Asimismo la información que se obtiene del estudio puede servir de base para realizar futuros proyectos de intervención con jóvenes adolescentes en la prevención de violencia de género.

Cómo futuras líneas de investigación sería interesante comprobar el efecto que tienen estas letras de las canciones en los jóvenes españoles, así como la conciencia crítica con el contenido. Con todos los datos obtenidos se podría realizar un plan de intervención con jóvenes más cercano a su realidad.

Referencias

- Adorno, T. (2003). *Filosofía de la nueva música*. Madrid: Ediciones Akal.
- Andreu, J. (2002). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- Báez, J. M. (2006). "En mi imperio": Competing discourses of agency in Ivy Queen's reggaetón. *CENTRO Journal*, 2(18), 63- 81.
- Bascón, M., Saavedra, J., y Arias, S. (2013). Conflictos y violencia de género en la adolescencia. Análisis de estrategias discursivas y recursos para la coeducación. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 1(17), 289-307.
- Berrocal, E., y Gutiérrez, J. (2002). Música y género: análisis de una muestra de canciones populares. *Comunicar*, 18, 187-190.
- Boman, T. (2012). *A discourse analysis of constructions of masculinity and femininity in contemporary reggaetón lyrics* (tesis doctoral). Lunds Universitet, Lund, Suecia.
- Bourdieu, P. (2003). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Carballo, P. (2007). Reggaeton e identidad masculina. *Intercambio*, 3(4), 87-101.
- Condori, M., y Guerrero, R. P. (2010). *Factores individuales, sociales y culturales que influyen en la violencia basada en género en mujeres de 20 a 64 años de edad en el Centro de Salud Ganimedes San Juan de Luringancho* (tesis doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, San Marcos, Guatemala.
- De Cabeza, L. (2003). El enfoque semántico pragmático en el análisis del discurso. Visión Teórica actual. *Lingua Americana*, 12, 5-28.
- De la Peña, E. M., Ramos, E., Luzón, J. M., y Recio, P. (2011). *Proyecto de Investigación sobre Sexismo y Violencia de Género en la Juventud Andaluza Resultados y Recomendaciones*. Sevilla: Instituto de la Mujer Consejería para la Igualdad y Bienestar Social Junta de Andalucía.
- De Lujan, M. (2013). *Violencia contra las mujeres*
- De Miguel, V. (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
- De Toro, X. (2011). Métele con candela pa' que todas las gatas se muevan. Identidades de género, cuerpo y sexualidad en el reggaetón. *Punto género*, 1, 81-102.
- Expósito, F., Herrera, M., Moya, M., y Glick, P. (2010). Don't Rock the Boat: Women's Benevolent Sexism Predicts Fears of Marital Violence. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 20-26.
- Furnham, A., y Mak, T. (1999). Sex-role stereotyping in television commercials: A review and comparison of fourteen studies done in five continents over 25 years. *Sex Roles*, 41, 413-437.
- Gallucci, M. J. (2008). Análisis de la imagen de la mujer en el discurso del reggaetón. *Opción: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 55, 84-100.
- Glick, P., y Fiske, S. (1997). Hostile and benevolent sexism. Measuring ambivalent sexist attitudes toward woman. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 119-135.
- Gómez- Jacinto, L. (2011). Atracción y Amor. En Moya, M. y Rodríguez, R. (Ed.), *Fundamentos de psicología social*, 1 ed., pp. 217-244. Madrid: Pirámide.
- González, B. (1999). Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Comunicar*, 12, 79-88.
- González, M^a. P. (2009). *Violencia en las relaciones de noviazgo entre jóvenes y adolescentes de la Comunidad de Madrid*. (Tesis Doctoral). Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Green, R. J., Ashmore, R. D., y Manzi, Jr. (2005). The structure of gender type perception: testing the elaboration, encasulation and evaluation Framework. *Social Cognition*, 23, 429-464.
- Gutiérrez-Rivas, C. (2010). Estudio exploratorio sobre la construcción de la violencia de género en las letras del reggaetón interpretado por mujeres. *Núcleo*, 27(22), 22-27.
- Instituto de la Mujer (2015). Recuperado de <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=10>
- Instituto Nacional de Estadística (2016). Recuperado de <http://www.datosmacro.com/paro-epa/espana>
- Koekenbier, C. (15/09/2014). Chocolate Remix - Lo que las mujeres quieren. *Blog MAGLES*. Recuperado de: <http://www.maglesrevista.es/lesbian-reggaeton/>
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Piados Comunicación.
- Lameiras, M. (2004). El sexismo y sus dos caras: De la hostilidad a la ambivalencia. *Anuario de Sexología*, 8, 91-102.
- Levitin, D. J. (2006). *This is your brain on music: The science of a human obsession*. New York: Dutton
- López, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación*, 4, 167-179.

- Lyle, J., y Hoffman, H. R. (1972). Children's use of television and other media. *Television and social behavior*, 4, 129-256.
- Martínez, D. A. (2014). Música, imagen y sexualidad: el reggaetón y las asimetrías de género. *El cotidiano*, 186, 63-67.
- Mateos, C., Pita, M^a., Vélez, M., Cedeño, R., y Ruíz, J. (2015). Analysis of violence and sexism from the musical ecuadorian imaginarieness of the costa región. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 19(38), 222-239.
- McCormick, N. (2009, April 9). Is there too much music? The Telegraph. Retrieved March 30, 2011, from
- McCormick, N. (2009, April 9). Is there too much music? The Telegraph. Retrieved March 30, 2011, from
- McCormick, N. (9 de abril de 2009). Is there too much music? *The Telegraph*.
- Nogueiras, B. (2006). La violencia en la pareja. En C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco (dirs.) *La violencia contra las mujeres: Prevención y detección* (pp. 39-55). Madrid: Díaz de Santos.
- North, A.C., Hargreaves, D. J., y O'Neill, S. A. (2000). The importance of music to adolescents. *British Journal of Education Psychology*, 70, 255-272.
- Piñuel, J. L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas de análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística* 3(1), 1-42.
- Ramírez, V. K. (2012). El concepto de mujer en el reggaetón: Análisis lingüístico. *Lingüística y literatura*, 62, 227-243.
- Rivera, A. (12/08/2016). "Lesbian reggaetón", la nueva dimensión del sonido latino. *El País*. Recuperado de: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2016/08/11/madrid/1470936411_185593.html
- Rodríguez, E., Sánchez, E., y Megías, I. (2003). *Jóvenes entre sonidos, hábitos, gustos y referentes musicales*. Injuve. España.
- Rojas, M^a. D. (2014). *Preferencias musicales y su influencia en el aula de música en estudiantes del IES Leonardo Da Vinci de Majadahonda*. (Trabajo Fin de Máster). Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Rojas, Y. P. (2012). Lenguajes del poder: la música reggaetón y su influencia en el estilo de vida de los estudiantes. *Dialnet*, 10, 290-305.
- Ruíz, Eva. (2007). Violencia de género: reflexiones conceptuales, derivaciones prácticas. *Papers: Revista de Sociología*, 86, 189-201.
- Sanmartín, J., Molina, A., y García, Y. (2003).. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Schäfer, T., y Sedlemeier, P. (2010). What makes us like music? Determinants os music preference. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 4, 223-234.
- Vega, A. (2014). El tratamiento de la violencia contra las mujeres en los medios de comunicación. *Comunicación y Medios*, 30, 9-25.
- Voces Visibles (24/06/2015). *España poco avanza en igualdad de género*. Recuperado de <http://www.vocesvisibles.com/derecho-e-igualdad-de-genero/espana-poco-avanza-en-igualdad-de-genero>
- Weitzer, R., y Kubrin, C. E. (2009). Misogyny in Rap Music. A content analysis of prevalence and meanings. *Men and Masculinities*, 1(12), 3-29.
- West, R., y Lay, F. (2000). *Subverting Masculinity: Hegemonic and Alternative Versions of Masculinity in Contemporary Culture*. Amsterdam, Atlanta. Rodopi.
- Yugueros, A. J. (2014). La violencia contra las mujeres: conceptos y causas. *BARATARIA*, 18, 147-159.

Anexo (I)

Canción	Cantante	Año
1. Danza Kuduro	Don Omar	2010
2. ¿Qué tengo que hacer?	Daddy Yankee	2008
3. Yo te lo dije	J. Balvin	2013
4. More	Zion, Ken-Y y Jory	2012
5. Noche de sexo	Wisín & Yandel Ft. Aventura	2005
6. Sexy robótica	Don Omar	2009
7. Estoy enamorado	Wisín & Yandel	2010
8. ¡Ay vamos!	J. Balvin	2013
9. Dile	Don Omar	2003
10. Salió el sol	Don Omar	2006
11. La despedida	Daddy Yankee	2010
12. Ella me levantó	Daddy Yankee	2007
13. Lo que paso, paso	Daddy Yankee	2004
14. Esta noche de travesuras	Héctor "El Father"	2005
15. Sexy movimiento	Wisín & Yandel	2007
16. Pobre diabla	Don Omar	2003
17. Te siento	Wisín & Yandel	2009
18. No me dejes solo	Daddy Yankee, Wisín & Yandel	2004
19. Obsesión	Maluma	2012
20. Pierdo la cabeza	Zion & Lennox	2014
21. Me prefieres a mi	Arcangel "La maravilla"	2012
22. Lejos de aquí	Farruko	2014
23. Tu príncipe	Daddy Yankee, Lennox & Zion	2004
24. Diva virtual	Don Omar	2009
25. Tu cuerpo me llama	Ronald El Killa Ft. Morron	2011
26. La temperatura	Maluma Ft. Eli Palacios	2013
27. 6 AM	J. Balvin Ft. Farruko	2013
28. Travesura	Nicky Jam	2014
29. Atrévete	Calle 13	2005
30. A que no te atreves	Tito "El Bambino" Ft. Chencho	2014
31. Ella y yo	Aventura Ft. Don Omar	2005
32. Taboo	Don Omar	2010
33. Nadie como tú	Don Omar, Wisín & Yandel	2006
34. Voy a beber	Nicky Jam	2013
35. Adicto a tus redes	Tito "El Bambino" y Nicky Jam	2014
36. Pasarla bien	Maluma	2012
37. Amor prohibido	Baby Rasta y Gringo Ft. Farruko	2015
38. Solitaria	Alkilados Ft. Dalmata	2014
39. Chillax	Farruko Ft. Ky Mani Marley	2015
40. Safari	J. Balvin	2016
41. Andas en mi cabeza	Chino & Nacho	2016
42. Tranquila	J. Balvin	2013
43. Chantaje	Shakira Ft. Maluma	2016
44. Una noche más	Kevin Roldan Ft. Nicky Jam	2015
45. Piensas en mi	Nicky Jam	2013
46. Rompe la cintura	Alexis & Fido	2014
47. Love and Sex	Plan B	2014
48. Traicionera	Sebastián Yatra	2016
49. Cuatro babys	Maluma	2016
50. Duele el corazón	Enrique Iglesias Ft. Wisín	2016



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

Felicidad de los invisibles: Un estudio del perfil sociodemográfico y felicidad general de las personas sin hogar en Málaga

Trabajo Fin de Máster de Alicia Lorente Gonzalo,
tutorizado por Jesús San Martín García

Resumen

El presente trabajo presenta la realidad sociodemográfica de una muestra de personas sin hogar del distrito centro de la ciudad de Málaga. Así mismo se analizan diferentes aspectos relacionados con la felicidad de este colectivo. Se trata del sector poblacional de mayor exclusión social que vive bajo una extrema pobreza. La muestra está compuesta por 98 personas sin hogar recogidos en la categoría "sin techo" de acuerdo a la clasificación ETHOS. La información se recogió a través de un cuestionario autoadministrado. Los resultados obtenidos muestran un perfil de sin hogar de varón, mediana edad, español, soltero, con estudios primarios, en desempleo, con varios años sin hogar y sin ingresos económicos. Paralelamente, los resultados muestran como el 40% de las personas sin hogar de Málaga manifestaron ser felices y que los elementos que incidían en la felicidad son el apoyo social, la satisfacción vital y la salud subjetiva.

Palabras clave: personas sin hogar, exclusión social, felicidad, Málaga.

Introducción

En los años 90 los aspectos que estaban contribuyendo a una desigualdad social, especialmente en colectivos excluidos como las Personas Sin Hogar (PSH), se consideraron que no eran meramente individuales o estructurales, sino que se debían a la interacción entre ambas variables (Pleace, 2016). La exclusión social no debe entenderse desde un plano unidimensional de carencia económica, sino que es adecuado entenderlo como un fenómeno multidimensional en el que se encuentran inmersos multitud de factores que ponen al individuo en una situación de desventaja frente a la ciudadanía (Prieto, González y García, 2016) pudiéndose destacar factores como la falta de empleo o su pérdida, la falta de ingresos económicos, carencia de educación social global, conflictos sociales (anomia social, angustia social, corrupción política), falta de políticas sanitarias, problemas familiares, criminalidad, catástrofes naturales, discriminación, estigmas sociales, consumo de alcohol u otro tipo de drogas (Jencks, 1994).

Actualmente, el fenómeno de la exclusión social se encuentra en un constante crecimiento. En España, cerca de la cuarta parte de la población (22,3%) se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión social¹ (AROE, 2017) Se trata de un problema fundamentalmente derivado de la fractura económica y que por ende ha ocasionado una fragilidad cada vez mayor de apoyos familiares y sociales, produciendo un número cada vez mayor de personas en el umbral de la pobreza más extrema. Asimismo, el problema de la estigmatización sigue latente hoy en día (Rubio, 2004; Bachiller, 2008).

Las personas sin hogar suponen el eslabón más bajo de este fenómeno, y al igual que en el resto de la ciudadanía, como señalan diversos autores (Cabrera, 2008; Sarasa, 2009; Matulic, 2010) desde hace varios años existe un cambio de perfil del colectivo; inmigrantes, familias desahuciadas, jóvenes ex-tutelados, entre otros (Sánchez, 2012). A la situación de extrema pobreza se ven vinculadas también la falta de apoyo social y familiar y dificultades para una reinserción sociolaboral (Vázquez, Panadero y Guillén, 2015). Por tanto, hablamos de un colectivo caracterizado por su heterogeneidad y la ruptura de vínculos donde comparten un no-lugar en donde viven. (Cabrera, 2008).

El coordinador del Observatorio Europeo de Sinhogarismo ideó una de las primeras definiciones de personas sin hogar y las definió como “*aquellas personas incapaces de acceder y mantener un alojamiento personal y adecuado por sus propios medios o con la ayuda de los Servicios Sociales, así como aquellas personas que viven en instituciones (hospitales, cárceles, etc.) pero no disponen de alojamiento personal donde ir al salir y personas que viven en alojamientos infrahumanos o en situación de claro hacinamiento.*” (Avramov, 1995, pág. 67). Como forma de recoger la heterogeneidad del colectivo, FEANTSA ha avanzado en la creación de una tipología de situaciones de *sinhogarismo* denominada ETHOS²:

La FEANTSA mediante la ETHOS intenta unificar la concepción de PSH a través de 4 categorías: estar sin techo, estar sin vivienda, vivienda insegura y vivienda inadecuada. La primera de ellas, *estar sin techo*, se divide en: vivir en un espacio público (sin domicilio); o pernoctar en un albergue y/o forzado a pasar el resto del día en un espacio público. La categoría *estar sin vivienda*, se divide en: estancia en centros de servicios o refugios (hostales para sin techo que permiten diferentes modelos de estancia); vivir en refugios para mujeres; vivir en alojamientos temporales reservados a los inmigrantes y a los demandantes de asilo; vivir en instituciones: prisiones, centros de atención sanitaria, hospitales sin tener donde ir, etc.; vivir en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento). La tercera categoría, *vivienda insegura* se clasifica en: vivir en una vivienda sin título legal (vivir temporalmente con familiares o amigos de forma involuntaria, vivir en una vivienda sin contrato de arrendamiento –se excluyen los ocupas–, etc.); notificación legal de abandono de la vivienda; vivir bajo la amenaza de violencia por parte de la familia o de la pareja. La última categoría, *vivienda inadecuada*, se clasifica en: vivir en una estructura temporal o chabola; vivir en una vivienda no apropiada según la legislación estatal; o vivir en una vivienda masificada.

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2012, 22.938³ personas fueron atendidas en centros asistenciales de alojamiento y/o restauración. Andalucía representa el 13,1% del total, la tercera Comunidad Autónoma por detrás de Cataluña y Comunidad de Madrid. En 2010, desde el Centro de Atención a Personas sin Hogar – Puerta Única (coordinadora de la atención de personas sin hogar en Málaga) se realizaron 2842 atenciones.

¹Andalucía presenta un 43,2% de riesgo de pobreza o exclusión social, siendo la Comunidad Autónoma con el índice más alto, seguido por Ceuta (41,7%) y Murcia (38,8%).

²*European Typology on Homelessness*. Tipología Europea de Personas sin Hogar.

³La cifra de PSH puede ser mayor ya que no se contemplan aquellas personas que no acuden a los centros para servicios de alojamiento, higiene, alimentación y/o lavandería.

A lo largo de las últimas décadas, se ha visto un progreso relativo al conocimiento de las características de las Personas Sin Hogar. Los primeros trabajos que se realizaron sobre la temática aportaron información sobre las características del colectivo (Muñoz, Vázquez, Panadero y Vázquez, 2003) Posteriormente comenzarían a desarrollarse investigaciones orientadas hacia la identificación de factores causales y estudios sobre recursos de atención a PSH – estos últimos estudios especialmente en la entrada del nuevo siglo (Vázquez y Panadero, 2016).

La literatura ha prestado atención a cómo las experiencias experimentadas ejercen un papel importante en la vida de las personas y que frecuentemente implican cambios significativos. Estos sucesos pueden producirse de forma extraordinaria o traumática, o por el contrario ser acontecimientos menos habituales como un divorcio, la pérdida del trabajo o el fallecimiento de un familiar. En el caso de las PSH las investigaciones se han centrado principalmente en sucesos relacionados con crisis económicas o laborales, pérdidas o rupturas de relaciones sociales y los procesos de victimización en distintos momentos vitales (Panadero y Muñoz, 2004). La presencia de sucesos vitales estresantes (SVE) es elevado principalmente antes o durante la transición a encontrarse sin hogar (Muñoz, Vázquez, Bermejo y Vázquez, 1999), entre 11 y 14 sucesos. Para la población en general este número desciende a 3 o 4 acontecimientos en un periodo prolongado de tiempo (Vázquez, Rodríguez, Roca y Panadero, 2016). En España, El 45,0% de las PSH se quedó sin hogar porque perdió el trabajo y el 20,9% por la separación de su pareja. Al 61,8% le han robado dinero, pertenencias o documentación, y un 65,4% han sido insultados o amenazados. (Instituto Nacional de Estadística, 2012).

La carencia de un hogar también origina que esta población tenga una mayor tasa de morbilidad y mortalidad que el resto de la población (Washington, 2001). Los problemas médicos que padecen son muy diversos y se suelen agravar debido a factores como la extrema pobreza que presentan, el incumplimiento de tratamientos médicos, retraso en la atención sanitaria o el deterioro cognitivo. A ello hay que añadirle que estos problemas médicos están asociados a otras patologías como el consumo de tabaco y/o alcohol. (Proyecto Hombre, 2013) Otros factores externos que pueden deteriorar su salud son la exposición a inclemencias meteorológicas, higiene o dieta deficiente.

Desde la literatura sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se han ido incorporando diferentes aspectos hasta llegar a una conclusión *“multidimensional, que debe incluir como mínimo los aspectos relacionados con: el funcionamiento físico, incluyendo el cuidado personal, la realización de actividades físicas (p. ej., subir escaleras) y el desempeño de roles (p. ej., trabajo, estudios); los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o el tratamiento de la misma (p. ej., diarrea, dolor); los aspectos psicológicos, que abarquen desde la alteración emocional hasta el funcionamiento cognitivo, y los aspectos sociales, que corresponden a la evaluación de las actividades e interacciones del paciente con amigos, familiares u otros”* (Badia, Guerra, García y Podzamczar, 2000, pág. 20).

La calle es un espacio de inestabilidad y oscilación constante que produce una desconfianza continua. Las tácticas de supervivencia de las PSH se caracterizan por lo efímero ya que entre los factores organizativos, morales, políticos o espaciales (Bachiller, 2008) dependen de elementos externos básicos como los horarios o las inclemencias meteorológicas (Cabrera, 1998).

Por otra parte, la vía pública es un espacio que dificulta la creación de vínculos de confianza sólidos sustentados en la confianza entre individuos. Por este motivo las personas sin hogar suelen transitar y vivir en solitario.

Unas redes sólidas (pareja, familia o grupos de pertenencia) suelen constituir en las personas fuentes de apoyo emocional, informativas e instrumentales (Díaz, 2001) y potenciar sentimientos de pertenencia e identidad (Jariego, 2012) Sin embargo, las redes de apoyo en las PSH suelen ser más pobres que en la población en general (Wolch y Rowe, 1992) (Cabrera y Rubio, 2008) Los estudios realizados acerca de las redes de apoyo hacen hincapié en la relevancia de las relaciones sociales sanas para obtener un nivel de bienestar emocional adecuado. Por otra parte, el nivel de integración en la comunidad y la participación tanto política, como económica, laboral o social suele ser escasa. (Biswas-Diener y Diener, 2006).

Paralelamente, los estudios focalizados en la felicidad han sido altos. Seligman y Lyubomirsky mantienen que la felicidad depende de varios factores; en algunos de ellos se puede incidir y otros sin embargo están determinados por una carga genética.

El factor genético, el valor de referencia, representaría el 50% del bienestar subjetivo y tendría una influencia fuerte y duradera. Las circunstancias (género, etnia, ingresos o apariencia física) o los factores externos que experimentamos (posesiones o lugar en el que vivimos) representarían el 10%. La influencia de las circunstancias en la felicidad estaría determinado por el proceso de adaptación hedonista, que establece que los cambios circunstanciales tienen un impacto en los seres humanos, pero transcurrido el tiempo nos adaptamos a dichos cambios y volvemos a los valores de referencia.

Finalmente, el 40% supondría la propia voluntariedad del individuo a alcanzar mayores niveles de felicidad.

Lyubomirsky (2013) en una entrevista para la revista Greater Good Magazine, titulada “*Desmontando los mitos de la felicidad*” señaló en relación a la adaptación hedónica que las personas tienen la capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sus vidas. Justificándolo con el entorno ancestral de la humanidad recalcó la importancia para los seres humanos estar atentos o alertas para cambiar: los cambios en el entorno podrían apuntar a una amenaza u oportunidad de recompensa. Por eso, cuando el entorno es constante y los estímulos son constantes, las personas no suelen notarlos o prestarles una especial atención.

En esa misma entrevista, subrayó que las personas se acostumbramos a lo familiar, esto implicaría que nos adaptamos tanto a los sucesos positivos como a los negativos. En el caso de sucesos negativos, como el de encontrarse sin hogar, la adaptación hedonista haría referencia al mecanismo de normalización o habituación de vivir bajo esas circunstancias de no tener un lugar estable y seguro donde vivir. Otro ejemplo que se plantea es el de ir a un comedor social para poder comer. Inicialmente pueda dar vergüenza tener que recurrir a este tipo de recurso, pero finalmente se llegaría a normalizar la situación y comenzaría a formar parte de la rutina para poder alimentarse.

Por su parte Seligman, considerado principal fundador de la Psicología positiva, actualiza el concepto de felicidad. El propio autor realiza un cambio de objeto de estudio de felicidad (1999) a estudio del bienestar (2010).

Las tres vías hacia la felicidad eran una vida placentera, comprometida y significativa. Sin embargo, Seligman piensa que estos tres elementos ya no son lo realmente importante, sino cuánta satisfacción sobre nuestra vida representamos o sentimos dada una situación o momento concreto. Esta nueva teoría, teoría del bienestar (en inglés PERMA) se sustentan en cinco pilares o factores: las emociones positivas, el compromiso, las relaciones positivas, el significado y el logro. Seligman aclara que no debemos intentar desarrollar todos estos factores de igual forma, sino que debemos hacerlo con aquellos con los que nos sintamos identificados.

Esta confusión entre felicidad y bienestar subjetivo, ya había sido definida por Diener y algunos colaboradores previamente, que de manera empírica y en *pro* de una mejor comprensión y apelando al sentido común de la gente, se utilizara “felicidad” indistintamente con “bienestar subjetivo” (Lyubomirsky, Tkach y Dimatteo, 2006).

No obstante, a pesar de haber ejemplificado lo aportado por estos autores, las investigaciones focalizadas en colectivos en exclusión social son reducidas pese a que la influencia de factores externos, como las condiciones de vida, son relevantes para la felicidad (Diener, 1994). Y es que como señala Vázquez (Vázquez y Hervás, 2011), indagar en los niveles de felicidad general de las personas excluidas socialmente y los aspectos que les afectan, puede proporcionar información relevante para la puesta en marcha de intervenciones dirigidas a mejorar su calidad de vida.

La felicidad produce la sensación de bienestar emocional al alcanzar metas, deseos y/o propósitos. Los estudios llevados a cabo indican siete grandes factores que afectan a la felicidad de las personas: las relaciones familiares, la situación financiera que se padezca, el trabajo, la comunidad y amigos, la salud, la libertad personal y los valores personales (Layard, 2005). Sin embargo, aquellos factores no monetarios parecen tener un mayor impacto (separaciones o divorcios) frente a aspectos económicos (desempleo). Aunque en variedad de ocasiones los primeros se derivan de los segundos (Ansa, 2008). En el supuesto concreto de las personas sin hogar, los estudios apuntan a una relación positiva entre ingresos y felicidad (Argyle, 1999; Biswas-Diener y Diener, 2006; Muñoz, Vázquez, Panadero y Vázquez, 2003). A pesar de que los aspectos no monetarios tienen un mayor impacto como se ha mencionado anteriormente, las personas se adaptan mejor a los aspectos económicos (Easterlin, 2001). Sin embargo, el nivel de ingresos económicos tiene una menor repercusión en la felicidad a la que puede tener el apoyo social, especialmente cuando se trata de un apoyo familiar ante situaciones de escasa renta (Schimmel, 2009).

Parece lógico pensar en una correlación positiva entre salud y felicidad; y de acuerdo con la Encuesta Mundial de valores y otras investigaciones aparece esa relación positiva con la felicidad (Schimmel, 2009). Pero por otro lado, si bien la salud puede estar relacionada positivamente con la felicidad y la enfermedad al contrario; otros estudios apuntan que se mida de la forma que se mida la felicidad, ésta va a tener una repercusión sobre la salud (Ahn y Mochón, 2010).

Finalmente, los acontecimientos o sucesos vitales que producen estrés o malestar favorecen a generar depresión (Argyle, 1999) sin embargo tienen una gran capacidad de resiliencia (Muñoz, 2011). Por otra parte, las expectativas de futuro que tenemos sobre nuestra vida actual inciden en nuestra

felicidad y en nuestros hechos. Es posible que dichas expectativas futuras dependan de la personalidad del individuo; optimistas o pesimistas.

En España se presume que existan entre 25.000 y 30.000 personas sin hogar con un perfil sociodemográfico similar a la de otros vecinos europeos. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016) Se tratan de hombres con una edad media de 43 años, desempleados en la que la situación de sin hogar se extiende a largos periodos y hacen uso de los recursos de comedor y albergue (Instituto Nacional de Estadística, 2012).

Por tanto, dada la carencia en España y concretamente de Málaga, de investigaciones orientadas a las personas sin hogar y en elementos que inciden en su felicidad. El presente trabajo pretende por un lado conocer el perfil sociodemográfico de las personas sin hogar del distrito centro de Málaga y por otro en analizar la realidad de este colectivo, centrándonos especialmente en las diferencias significativas de acuerdo al sexo, edad, lugar de pernocta y tiempo sin hogar; y posibles correlaciones entre felicidad y otras variables. Todo ello con la perspectiva de que los datos obtenidos permitan establecer futuras intervenciones orientadas a su revitalización e inclusión social.

Método

Participantes

El trabajo se realizó con una muestra de personas sin hogar del distrito centro de la ciudad de Málaga. Los criterios de inclusión para participar en la investigación fueron: ser mayores de edad, una comprensión lecto-escritura óptima del castellano para la cumplimentación del cuestionario y que el individuo estuviera representado en la escala ETHOS. Como criterios de exclusión se fijaron el no estar bajo algún tipo de sustancia que dificultara la cumplimentación del instrumento.

El total de la muestra está compuesta por 98 participantes. Los resultados retratan un perfil de persona sin hogar de varón (69,4%) de mediana edad (48 años), español (66,3%), soltero (51%) y con una formación académica comprendida principalmente entre estudios primarios (32,7%) y formación profesional (22,4%). Más de la mitad de los entrevistados (52,1%) tienen hijos (principalmente entre 1 y 2). Conviven mayoritariamente de forma solitaria (60,2%) aunque un 10,2% del total lo hace con otras personas sin hogar.

El 61,2% ha nacido en España. Del total de extranjeros el 11,2% son marroquíes y el 8,2% de nacionalidad rumana. El porcentaje restante se divide entre africanos (5%), procedentes de Europa del este (4%), europeos (6,1%), latinoamericanos (2%) y norteamericanos (1%). Sin embargo, el 66,3% tiene nacionalidad española, 31,6% extranjera, 1% apátrida y ambas nacionalidades respectivamente. El tiempo medio de estancia en España es de 14 años.

En relación a su situación laboral, el 56% se encontraba en desempleo en el momento de realizar el cuestionario, una situación 21,2 puntos por encima del año anterior, como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1
Diferencias actividad laboral actual vs el año pasado

Actividad laboral	Momento actual		El año pasado	
	n	%	n	%
Por cuenta ajena (fijo)	4	4,1%	9	9,2%
Por cuenta ajena (eventual/temporal)	6	6,1%	10	10,2%
Por cuenta ajena esporádico	9	9,2%	14	14,3%
Autónomo	1	1,0%	3	3,1%
En paro	56	57,1%	39	39,8%
Estudiante	4	4,1%	5	5,1%
Jubilado/pensionista	16	16,3%	16	16,3%
Otros	2	2,0%	2	2,0%

Relativo al tiempo que llevan sin hogar, el 11,22% lleva menos de un mes viviendo en la calle con una media de 12 días (DT = 8,80). El 38,78% lleva varios meses viviendo en la calle con una media de 4 meses (DT = 2,35). Finalmente, el 50% lleva varios años viviendo en la calle con una media de 6,57 (DT = 6,83). El 28,6% señaló que únicamente había tenido un lugar estable donde vivir desde que se encontrara por primera vez sin hogar. Esta situación, entre los entrevistados suele darse a la edad de los 40 años, con un rango de edades comprendidas entre los 10 y 84 años.

De la red de recursos destinada para personas sin hogar, el 87,8% de los entrevistados señalaron que hacían uso de estos servicios, un 61,2% hacia uso de recursos de alojamiento y un 83,7% de recursos de comedor.

Las principales causas que les habían llevado a su situación, destacan tres principales aspectos (Tabla 15. Principales causas de encontrarse sin hogar) dinero (40,81%), culpan a la sociedad de su situación (18,36%) y la familia (14,28%). Por otra parte, los motivos por los que perdieron por última vez su vivienda se debieron a: no poder pagar la vivienda (26,7%), motivos que no especifican (17,6%), se quedó sin trabajo (11,3%) y le expulsaron las personas con las que convivía (11,2%). Actualmente afirman que sus máximas necesidades son: encontrar vivienda (48%), trabajo (40,8%) y ayuda médica (12,2%).

Referente al aspecto económico, el 32,7% afirma no tener ningún tipo de ingreso económico. De aquellos que sí que tienen, el 65,3% quiere responder el lugar de procedencia de sus ingresos: trabajos eventuales (10,2%), otras formas no especificadas (11,2%), pensión contributiva (9,2%), Salario Social (7,1%), pensión no contributiva y limosnas (6,1%), RAI (5,1%), prestación por desempleo (4,1%), prestación por excarcelación (3,1%), sueldo fijo (2%), ns/nc (1%). La media de ingresos es de 383,21€ (DT=222,93).

Atendiendo a su salud, tienen una percepción de su salud entre buena (39,8%) y regular (28,6%). El 45,9% tienen algún tipo de enfermedad crónica especialmente relativos al aparato circulatorio (10,2%) y aparato respiratorio (12,1%). Más de la mitad de ellos han necesitado atención sanitaria en el último mes y un 40,8% ha necesitado estar en el último año ingresado en el hospital.

El 28,6% tiene reconocida una discapacidad, principalmente de tipo físico (53,6%) y psíquico (32,1%). En cuanto a sus hábitos de consumo tabáquicos, un 61,2% señaló fumar diariamente al menos un cigarro, un 5,1% fumar, pero no diariamente, un 17,3% no hacerlo actualmente pero sí haberlo hecho en el pasado y un 16,3% ni fumar ni haberlo hecho con anterioridad.

Continuando con los hábitos de consumo, ésta vez de alcohol, el 19,4% indicó que bebía diariamente al menos una copa de cerveza, el 18,9% hacerlo, pero no diariamente, el 22,4% no hacerlo actualmente, pero si en el pasado y el 39,8% no beber ni haberlo hecho nunca de manera habitual.

Finalmente, dentro del consumo de sustancias estupefacientes, el 38,8% afirmó que en el pasado consumían drogas. Actualmente este consumo es inferior y desciende al 22,4%.

Procedimiento

La muestra se obtuvo acudiendo a los centros donde se atienden a Personas sin Hogar (y se obtuvo permiso para hacerlo en sus instalaciones): Centro de Acogida Municipal, San Juan de Dios, Casa del Sagrado Corazón (Cottolengo) y Adoratrices. Así mismo, se hicieron salidas de encuentro a diferentes horas del día por diferentes entornos de la ciudad: cajeros, parques, puentes, etc. Los cuestionarios fueron administrados de forma auto aplicable.

Instrumentos

Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

Para la evaluación del apoyo social se utilizó el cuestionario MOS de apoyo social elaborado por Sherbourne y Stewart (1991), en su adaptación española. El cuestionario mostró una consistencia interna de 0,92 según el Alfa de Cronbach. Este instrumento cuenta con 20 ítems, en la que el primer ítem evalúa numéricamente las personas cercanas y el resto de ítems son medidos con una escala Likert con 5 opciones de respuesta que puntúan de 1 a 5 en la que, a mayor puntuación, mayor nivel de apoyo social percibido.

En dicha adaptación española del cuestionario, la estructura factorial del MOS se agrupa en 3 factores: apoyo emocional / informacional (ítems 3,4,7,8,9,11,13,14,16,17,18,19), apoyo afectivo (ítems 6,10,20) e instrumentales (ítems 2,5,12,15).

Cuestionario de felicidad subjetiva (SHS)

Para la medición de la variable Felicidad se utilizó la Escala de Felicidad subjetiva (SHS) elaborada por Lyubomirsky y Lepper (1999). Se obtuvo un alfa de 0,75. Está compuesta por 4 ítems de tipo Lickert con un rango de puntuaciones que oscila entre 1 (meno feliz / nada en absoluto) y 7 (más feliz / mucho).

Escala de satisfacción con la vida (ESV)

Para medir la satisfacción vital se utilizó la Escala de Satisfacción con la vida de Diener, Emmons, Larsen y Graffin; en su adaptación española por Arce (1994). Se exploró la fiabilidad de la escala a través del Alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0,78. Se trata de una escala de 5 ítems que evalúa la percepción global que tienen las personas sobre la satisfacción con su vida, con valores de respuesta entre 1 y 7.

Escala de acontecimientos vitales estresantes (AVE)

Para medir el estrés que provocan algunos sucesos, se utilizó la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Holmes y Rahe (1976). Está compuesta por 43 enunciados a los que se les asigna una puntuación en función del estrés que tiene para la persona que los experimenta. La suma de las puntuaciones de los acontecimientos acaecidos durante el último año da lugar a un resultado que si es menor de 150 solo hay un pequeño riesgo de enfermar a causa del estrés, entre 151 y 299 el riesgo es moderado y más de 300 puntos, se está en riesgo alto.

Análisis de datos

La elaboración de la base de datos y posterior procesamiento de los mismos se realizó mediante el paquete de análisis estadístico SPSS (versión 15.0 para Windows). A partir de los datos obtenidos se realizaron análisis descriptivos sobre determinadas características de las personas sin hogar entrevistadas.

Resultados

Descripción de las preguntas de apoyo social

Para ver el objetivo de diferencias significativas en función de diversas variables se realizó un análisis de prueba t para muestras independientes.

Para la escala de apoyo social, se ha obtenido una media de 44,54 (N = 98) con una desviación típica de 22,66. Conforme se puede observar en los datos recogidos en las tablas 5 a 8, se han comprobado la existencia de diferencias significativas existentes entre las variables de sexo (Tabla 2) edad (Tabla 3), tiempo sin hogar (Tabla 4) y lugar de pernocta (Tabla 5 *Comparación factores MOS por lugar de pernocta*) de acuerdo al apoyo social percibido.

Los análisis de la prueba t arrojan unos resultados en los que no existen diferencias significativas de acuerdo al sexo (tabla 2) pero sí que existen por rangos de edad (tabla 3).

Tabla 2
Comparación factores MOS por sexo

	Media	DT	t	gl	p
Apoyo social general			-,98	1,98	,33
Hombres	43,04	21,49			
Mujeres	47,93	25,16			
Apoyo emocional / informacional			-,91	1,98	,36
Hombres	27,28	14,55			
Mujeres	30,37	17,42			
Apoyo afectivo			-1,03	1,98	,31
Hombres	6,45	3,79			
Mujeres	7,30	3,64			
Apoyo instrumental			-1,47	1,98	,14
Hombres	7,18	3,92			
Mujeres	8,47	4,59			

Los ≤ 45 años presentan diferencias significativas respecto a los > 45 años de acuerdo al apoyo social percibido total así como de manera específica en cada uno de los apoyos, excepto en el apoyo afectivo que no se evidencian diferencias significativas.

Tabla 3
Comparación factores MOS por edad

	Media	DT	t	gl	p
Apoyo social general			2,88	1,98	,05
≤ 45	52,20	23,24			
> 45	39,26	20,85			
Apoyo emocional / informacional			3,02	1,98	,02
≤ 45	33,82	16,59			
> 45	24,36	13,47			
Apoyo afectivo			1,57	1,98	,12
≤ 45	7,42	3,52			
> 45	6,22	3,85			
Apoyo instrumental			2,08	1,98	,04
≤ 45	8,57	4,32			
> 45	6,81	3,99			

Atendiendo al tiempo que llevan sin hogar (Tabla 4) como al lugar de pernocta (Tabla 5) no se han encontrado diferencias significativas tanto a nivel general como a nivel específico dentro de los tres niveles de apoyo social.

Tabla 4
Comparación factores MOS por tiempo sin hogar

	Media	DT	t	gl	p
Apoyo social general			1,16	1,98	,25
≤ 1 año sin hogar	46,94	22,95			
> 1 año sin hogar	41,59	22,20			
Apoyo emocional / informacional			1,17	1,98	,24
≤ 1 año sin hogar	29,87	15,41			
> 1 año sin hogar	26,20	15,46			
Apoyo afectivo			,94	1,98	,35
≤ 1 año sin hogar	7,04	3,92			
> 1 año sin hogar	6,32	3,53			
Apoyo instrumental			1,79	1,93	,08
≤ 1 año sin hogar	8,18	4,73			
> 1 año sin hogar	6,73	3,30			

Tabla 5
Comparación factores MOS por lugar de pernocta

	Media	DT	t	gl	p
Apoyo social general			,72	1,58	,48
Calle	42,82	24,62			
Albergue	38,69	38,69			
Apoyo emocional / informacional			,95	1,58	,35
Calle	27,29	16,38			
Albergue	23,69	11,74			
Apoyo afectivo			1,30	1,57	,20
Calle	6,94	4,15			
Albergue	5,73	3,09			
Apoyo instrumental			-,39	1,58	,70
Calle	6,82	4,03			
Albergue	7,23	3,99			

Descripción de las preguntas de satisfacción con la vida

En la Tabla 6 se presentan las puntuaciones de media y desviación típica de los 5 ítems. En índice de fiabilidad calculado para la escala alpha de Cronbach muestra la existencia de consistencia interna ($\alpha = ,783$).

Tabla 6
Resultados escala satisfacción con la vida

Satisfacción con la vida	Media	Desviación típica
Ítem 1: "En muchos sentidos mi vida está próxima a mi ideal"	2,65	1,88
Ítem 2: "Las condiciones de mi vida son excelentes"	2,25	1,59
Ítem 3: "Estoy totalmente satisfecho con mi vida"	2,51	1,90
Ítem 4: "Hasta el momento, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida"	2,62	1,71
Ítem 5: "Si pudiera revivir mi vida no cambiaría nada"	2,72	2,08

De acuerdo con esta escala, las diferencias significativas únicamente se encuentran atendiendo a las variables de sexo y edad, siendo los hombres aquellos que presentan una mayor satisfacción vital; y paralelamente los mayores de 45 años.

Tabla 7
Diferencias significativas ente diferentes variables respecto a la satisfacción vital

	Satisfacción con la vida				
	Media	DT	t	gl	p
Sexo			2,70	1,72	,01
Hombres	13,84	7,05			
Mujeres	10,33	5,33			
Edad			-2,10	1,98	,04
≤45 años	11,07	6,06			
>45 años	13,93	6,99			
Tiempo sin hogar			-,49	1,98	,63
≤ 1 año sin hogar	12,46	6,70			
> 1 año sin hogar	13,14	6,86			
Lugar de pernocta			-,12	1,58	,90
Calle	11,00	6,36			
Albergue	11,19	5,95			

Descripción de las preguntas de felicidad

La puntuación media en la Escala de Felicidad Subjetiva, como se muestra en la Tabla 8, fue de 3,737 (DT=1,015). La correlación ítems – escala estuvo entre 0,848 y 0,002; todas ellas con una correlación positiva excepto la correspondiente al ítem 4 en el que no existe correlación. La estimación de la confiabilidad a través del alpha de Cronbach se obtuvo un valor de 0,347.

Las diferencias encontradas fueron únicamente significativas en la variable de sexo, en la que los hombres presentaron una mayor tasa de felicidad subjetiva que las mujeres.

Tabla 8
Diferencias significativas ente diferentes variables respecto a la felicidad subjetiva

	Felicidad subjetiva				
	Media	DT	t	gl	p
Sexo			2,51	1,84	,01
Hombres	4,10	1,43			
Mujeres	3,50	,89			
Edad			-,49	1,98	,63
≤45 años	3,84	1,39			
>45 años	3,97	1,28			
Tiempo sin hogar			,85	1,98	,40
≤ 1 año sin hogar	4,02	1,39			
> 1 año sin hogar	3,79	1,79			
Lugar de pernocta			,45	1,58	,65
Calle	3,78	1,46			
Albergue	3,61	1,31			

Descripción de las preguntas de acontecimientos vitales estresantes

En la Tabla 10 se muestra la media de puntuaciones de los acontecimientos vitales estresantes vividos del conjunto de la muestra con 175,68 puntos.

Relativo al riesgo que pueden presentar los individuos de acuerdo a la escala propuesta por Holmes y Rahe (1976), el 14,3% de los entrevistados no presentaba riesgo, un 37,7% sí que presentaba un riesgo leve de enfermar a causa del estrés, un 31,7% tiene un riesgo moderado y, finalmente, el 16,3% presenta un riesgo elevado.

Tabla 9
Puntuaciones Escala Acontecimientos Vitales Estresantes

AVE	Hombres		Mujeres		Total	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Nº AVE	5,18	4,841	4,37	2,88	4,93	4,337
Puntuación total	183,25	160,535	158,53	112,414	175,68	147,344

Las diferencias significativas únicamente se hallaron en función de la edad, en las que los ≤45 años eran los individuos que presentaban tasas más altas de presentar un riesgo.

Tabla 10
Diferencias significativas ente diferentes variables respecto a la puntuación de los acontecimientos vitales estresantes

	Acontecimientos vitales estresantes				
	Media	DT	t	gl	p
Sexo			,76	1,98	,45
Hombres	183,25	160,53			
Mujeres	158,53	112,41			
Edad			3,16	1,98	,002
≤45 años	229,85	164,02			
>45 años	138,33	122,71			
Tiempo sin hogar			1,91	1,98	,06
≤ 1 año sin hogar	201	145,40			
> 1 año sin hogar	144,61	145,34			
Lugar de pernocta			1,52	1,58	,13
Calle	201,85	157,23			
Albergue	145,00	123,21			

Correlación entre felicidad y diversos factores

No existe una correlación significativa entre la felicidad y el número de acontecimientos vitales experimentados ya que la significación es inferior a 0,05 (sig = 0,55). A medida que aumenta el número de sucesos vitales estresantes no crece ni decrece la felicidad del individuo. Este hecho sucede de igual forma con la relación entre felicidad e ingresos (sig = 0,512) y la felicidad y el tiempo sin hogar (sig = 0,385).

Sin embargo encontramos que existen otras variables que sí que correlacionan con la felicidad como es el caso del apoyo social percibido. Dicha correlación es positiva al 0,445 (nivel de correlación al 0,01) por lo que a una mayor percepción de apoyo social del individuo, mayor será su nivel de felicidad. De igual forma, existe una correlación positiva al 0,366 entre la felicidad y la satisfacción vital; así como la felicidad y la salud subjetiva al 0,368.

tenor de los resultados obtenidos se quiso indagar otras posibles correlaciones que pudieran estar interfiriendo en la vida de las personas sin hogar. No se evidenciaron correlaciones significativas entre el apoyo social y el número de AVEs ni las puntuaciones obtenidas de los AVEs. Tampoco lo hizo la satisfacción vital respecto al apoyo social percibido. Sin embargo la edad sí que las obtuvo con el tiempo sin hogar, la percepción de apoyo social, el número de enfermedades crónicas e ingresos económicos.

Tabla 11
Tabla de correlaciones

	Felicidad subjetiva	Apoyo social	Satisfacción vital	Discapacidad	Salud subjetiva	Ingresos	Tiempo sin hogar	Edad	Nº AVE	AVE
Felicidad subjetiva	1									
Apoyo social	,445(**)	1								
Satisfacción vital	,366(**)	,120	1							
Discapacidad	,125	,121	-,025	1						
Salud subjetiva	,368(**)	,221(*)	,325(**)	,224(*)	1					
Ingresos	,088	,053	,140	-,145	,096	1				
Tiempo sin hogar	-,089	-,174	,003	-,189	-,160	,101	1			
Edad	-,047	-,322(**)	,129	-,103	-,169	,277(**)	,264(**)	1		
Nº AVE	,194	,125	-,088	,118	,182	-,072	-,122	-,361(**)	1	
AVE	,181	,092	-,064	,134	,168	-,081	-,095	-,330(**)	,965(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Discusión

Atendiendo a los resultados obtenidos, el perfil de las personas sin hogar en la ciudad de Málaga es muy similar al del resto de España. Son varones, con una edad media de 48 años, solteros, con estudios primarios, desempleados y con una estancia media en calle de 3 años y medio.

El número de mujeres sin hogar tradicionalmente siempre ha sido inferior al de los hombres. Generalmente ellas cuentan con una mejor o mayor red de apoyo. Sin embargo, cuando esta red se ve

fracturada y les abocara a una situación de sinhogarismo, el estigma social de fracaso en el cometido de “agrupación familiar” y al mismo tiempo, del propio miedo a la calle, hace que se vuelvan invisibles. Esta invisibilización la llevan a cabo a través del refugio en una figura masculina, o bien a través de recursos especialmente dedicados a las mujeres.

Por otra parte, la edad media del sin hogar se ha visto incrementada paulatinamente con el paso de los años, situándose en 48 años - para esta investigación-. Las posibilidades de encontrar un empleo durante los años de crisis debilitaron el acceso y en Málaga afectaron especialmente a ocupaciones relacionadas con la construcción. La pérdida de empleo a edades más avanzadas y la dificultad de acceso a estos, unido a una escasa formación (el 32,7% tiene estudios primarios) han podido determinar convertirse en una persona sin hogar.

Estas dificultades de acceso al empleo hicieron que muchos de los extranjeros decidieran marcharse a sus países de origen. A partir del año 2008 el número de personas sin hogar extranjeras desciende hasta niveles del 33,7 %. Otro de los motivos que ha podido fomentar un descenso de personas sin hogar extranjeras es que este colectivo es más proclive a adaptarse a nuevas ofertas de trabajo y/o a aceptar puestos de trabajo peor remunerados o que requieran de desplazamiento geográficos.

Tabla 12
Descripción datos sociodemográficos

Personas sin hogar	Cáritas 1985	INE 2005	Cáritas 2008	INE 2012	Investigación propia
Género	94% hombres	82,7% hombres	89% hombres	80,3% hombres	69,4% hombres
Edad	40 años (1989)	37,9 años	41 años	42,7 años	48 años
Nacionalidad	32,5% norte África (1989)	51,8% españoles 48,2% extranjeros	43% españoles 57% extranjeros	54,2% españoles 45,8% inmigrantes	66,3% españoles 33,7% inmigrantes
Estado civil	81% sin pareja	56,1% solteros 46% tiene hijos	51% solteros	51,7 solteros	51% solteros 54% tiene hijos
Trabajo	72% paro	Trabajan (11,8%)	Trabajan (14,5%)	77,8% sin trabajo	56% sin trabajo
Estudios	63% sin básicos	63,9% estudios medios	41,2% estudios básicos	60,3% secundarios	33% primarios 27% secundarios
Tiempo en la calle	2 a 5 años (22%) (1989)	3 años (37,5%)	+ 1 año (54%)	+3 años (44,5%)	+ 3 años (30,6%)
Medios de vida		Limosna (14,2%)	Limosna (23%)		Limosna (6,1%)
Ingresos		301,49€		-	383,21€
Salud	18% alcoholismo 20% enfermedades	30% sin adicciones 29,1% enfermedad grave o crónica	46% enfermedad crónica	50,7% abstemio 30,7% enfermos	22,4% adicciones 19,4% alcoholismo

La segunda parte del estudio revela qué aspectos están relacionados con la felicidad. Entre las personas sin hogar encuestadas en Málaga se obtuvo unos niveles de felicidad de 3,91 sobre 7). Esto evidencia que no son tan infelices como podría considerarse inicialmente sino que se encuentran en unos términos medios entre felicidad e infelicidad. Las personas sin hogar son eso, personas, y al igual que el resto de la población la personalidad, el contexto que les rodea y/o las propias circunstancias influyen en ellas, y por tanto en su felicidad.

En este estudio no se ven reflejadas diferencias significativas en la felicidad de acuerdo a la edad, el tiempo sin hogar o el lugar de pernocta. Se presume que la inexistencia de diferencias entre vivir en la calle o en un albergue se deba a que ambos espacios son la representación de mayor degradación dentro del sinhogarismo; “sin techo”. La heterogeneidad de perfiles, el nivel de vida que precede a la situación de sin hogar y/o el propio nivel de resiliencia del individuo justifican no haber encontrado diferencias en función de la edad o el tiempo sin hogar. Sin embargo, sí que se manifiestan diferencias en función del género ratificando lo señalado por Stevenson y Wolfers (2009) que indicaron que las mujeres tienen una felicidad subjetiva menor a la de los hombres. Ellas mismas se sienten juzgadas por sus familias y estigmatizadas por la sociedad en general, llegando a considerarse las “leprosas del siglo XXI”. El debilitamiento de la propia imagen percibida así como el miedo a ser agredidas sexualmente o ser víctimas de delitos de odio repercute en que su felicidad se vea reducida.

La variable que probablemente más estudios ha producido acerca de la felicidad sea el nivel de ingresos o renta. En general, la mayor parte de estas investigaciones prueban un efecto positivo de los ingresos sobre la felicidad. Un ejemplo es Stevenson & Wolfers (2009) quienes indicaban que a más ingresos más satisfacción y, además la satisfacción a la que llegaban quienes salían de la pobreza era comparable con aquellos que se consolidaban como personas pudientes.

Easterlin (2001) usa como referente las aspiraciones para explicar la felicidad; las personas con unos niveles de renta más altos son más felices de media, aunque un incremento de ingresos por parte de todos los individuos no supone un aumento de la felicidad de todos ya que en comparación ésta no ha aumentado. Las personas se comparan entre ellos y en este sentido es importante saber con qué otras personas se comparan (Argyle, 1999)

Sin embargo, a pesar de que una de las circunstancias que ayudan a pronosticar niveles más altos de felicidad general es tener recursos suficientes para satisfacer necesidades básicas (Diener, 1994; Diener y Seligman, 2002; Biswas-Diener y Diener, 2006) en el caso de las personas sin hogar encuestadas no se encontraron diferencias en los niveles de felicidad en función de los ingresos. Easterlin (2001) apuntaba que las personas se adaptaban mejor a cuestiones económicas que a otro tipo de cuestiones no monetarias. De ello podría desprenderse que las personas sin hogar se encuentran adaptadas a su situación debido a las débiles fluctuaciones en sus ingresos y por tanto, no incidieran notablemente en su felicidad general. Podría así mismo relacionarse con la adaptación hedónica aportada anteriormente por Lyubomirsky.

Haring-Hidore, Stock, Okun, y Witter (1985) justifican aquellos casos en los que la correlación entre felicidad y nivel de renta es baja indicando la posible existencia de otras variables que tienen una influencia la mayor o menor felicidad de las personas. Rojas (2011) siguiendo esta línea indicaba que las personas son más allá de consumidores y que existen otros ámbitos vitales que les satisfagan, pese a que su nivel de renta sea bajo. Concretamente, si bien existen variables de índole económica, como el estar desempleado, hay otros factores no económicos pueden estar influyendo en la felicidad como; la salud, el apoyo social, las perspectivas de futuro o los acontecimientos vitales experimentados.

El ser humano es un ser social por naturaleza. Autores como Olson (2000) o Diener; Seligman (2002) señalan que las relaciones sociales de calidad son necesarias para obtener niveles de felicidad óptimos. Vázquez y Hervás (2011) apuntan en la misma línea que el apoyo social fomenta la felicidad. En este estudio se han visto reflejadas estas declaraciones, especialmente cuando los individuos percibían un mayor apoyo social, especialmente del apoyo emocional. El poder conversar y sentirse escuchados; recibir muestras de cariño o que alguien les acompañe a una cita médica son pequeños gestos que resultan de gran importancia para las personas sin hogar ya que en la mayor parte de los casos hace mucho tiempo que este tipo de acciones no se producen, debido a que la situación de sinhogarismo suele producir la ruptura de lazos familiares y/o sociales y con ello el debilitamiento de las fuentes de apoyo.

Los estudios científicos señalan como uno de los elementos que mejor ayudan a predecir la felicidad es la salud (Dolan, Peasgood y White, 2008; Schimmel, 2009; Ahn y Mochón, 2010). Entre los entrevistados se observó como aquellos que no padecían ningún tipo de enfermedad crónica tenían unos niveles de felicidad más altos respecto con lo que indicaron que tenían unos niveles de salud bajos. Sin embargo, un factor como es el de padecer (o no) una discapacidad parece no afectar en dicha felicidad, hecho que se contrapone a otras investigaciones como el de Vázquez, Panadero, y Guillén (2015). Puede atender que dicha discapacidad viniera de una situación anterior a la de encontrarse sin hogar o bien se asuma como una circunstancia que añadir al sinhogarismo. El consumo de sustancias estupefacientes tampoco acaba de incidir en la felicidad de los encuestados. Las cifras de personas que consumen, se han ido manteniendo estable a lo largo de los años por lo que se entiende que dicho consumo se pueda realizar como forma de olvidar momentáneamente la situación que están viviendo o como forma de emplear el tiempo libre.

En términos generales los componentes de la muestra tienen unos niveles por debajo de la media general de satisfacción vital, encontrándose principalmente en niveles de insatisfacción con la vida. Si estos bajos niveles de insatisfacción se presentan en una trayectoria temporal larga, podría aludir a la necesidad de ciertos cambios en patrones vitales tanto de pensamiento como de actividad. Los entrevistados mayores de 45 años y paralelamente los hombres obtuvieron diferencias significativas relativas a dicha satisfacción vital. Estos resultados difieren de lo propuesto por Argyle (1999) quién señaló que existían escasas diferencias en función del sexo respecto a la satisfacción vital general.

Además, los individuos con bajos niveles de satisfacción no suelen desarrollarse y desenvolverse de manera correcta, ya que su infelicidad actúa como distractor. (Diener, 1994) En nuestra muestra se ve reflejada esa correlación, siendo aquellos más satisfechos los que presentan más felicidad con su vida.

Relativo a los sucesos vitales estresantes, gran parte de las investigaciones se centran en los aspectos negativos o factores de vulnerabilidad (Larson y Ham, 1993), sin embargo, ya sean sucesos positivos o negativos éstos no dependen del propio suceso en sí, sino de la interpretación que le pueda dar el individuo a estos hechos (Vázquez et al, 2016). Esto puede responder a la no correlación signi-

ficativa entre sucesos vitales estresantes y felicidad encontrada en el estudio. El valor que la persona quiera dar al hecho acaecido supondrá un avance o un obstáculo hacia el camino de la inclusión social.

Señala Zimbardo (2009) que nuestras perspectivas futuras tienen una gran importancia vital en nuestro bienestar. Aun cuando ésta felicidad percibida se mantiene constante en el tiempo, las personas suelen pensar que estuvieron peor en el pasado y que en el futuro estarán mejor (Easterlin, 2001). En este sentido, las personas sin hogar encuestadas mostraron esa relación entre felicidad y perspectivas a futuro positivas. Solo aquellos que mostraron una visión más pesimista con declaraciones de querer morirse, no tener expectativas de futuro o que veían muy difícil mejorar su situación fueron los que puntuaron más bajo en nivel de felicidad. La sensación de ser felices parece estimular sensaciones optimistas, generando unas expectativas de futuro mejores. Igualmente esto podría producirse a la inversa; siendo las expectativas futuras positivas una influencia sobre la sensación de felicidad general.

En relación a la actividad laboral, los estudios realizados indican que el desempleo incide de forma negativa en el bienestar subjetivo y felicidad, (Dolan, Peasgood y White, 2008; Lucas, Clark, Georgellis, y Diener, 2003) incluso más que un divorcio o separación (Argyle, 1999) En el caso de las personas sin hogar de Málaga existen ciertas diferencias entre aquellos que están empleados (o lo han estado) y los que se encuentran en desempleo, sin embargo no son significativas. En la población general, los estudios sobre la infelicidad manifestada se argumenta en base a que suelen estar aburridos y no saben cómo emplear el tiempo libre (Argyle, 1999). El tiempo de no-trabajo va *in crescendo* por lo que se ven necesarias actuaciones orientadas a un uso sano y correcto del mismo. Para Schimmel (2009) la calidad del trabajo es un aspecto relevante para la felicidad, de manera que un trabajo de calidad es más importante que un *simple* empleo. Podría venir a hacer un símil con el hecho de tener una vivienda o tener un hogar.

Finalmente, a pesar de no existir una correlación significativa entre la edad y la felicidad en este estudio se ha considerado oportuno incluir unas observaciones relativas a las numerosas relaciones con la edad. Ésta presenta una correlación significativa positiva con el tiempo sin hogar e ingresos económicos. Las propias personas sin hogar consideran que retornar a una situación normalizada desde la calle es muy difícil si no es con la ayuda de una institución, lo que podría justificar la cronificación que presentan algunos de ellos.

Paralelamente, los individuos con mayor edad presentan unos niveles económicos más elevados debido a que las prestaciones y ayudas económicas están formuladas para beneficiar a estos individuos; entre los requisitos para la concesión está tener una edad mayor de 50 ó 55 años.

En sentido contrario, la percepción del apoyo descende conforme la edad avanza posiblemente por la fractura de redes anteriormente nombrada. Las enfermedades crónicas también lo hacen, distinto a lo que los estudios demuestran, posiblemente porque éstos no sean conscientes de las enfermedades crónicas que padecen por un mal seguimiento del propio estado de salud.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Esta investigación ha presentado grandes dificultades desde el inicio. Se trataba de una investigación ambiciosa ya no solo por ser un tipo de población de difícil acceso sino también por los escasos (o nulos) datos publicados al respecto en el municipio de Málaga. Por otra parte, lograr que la persona encuestada quisiera “abrirse” y plasmar aspectos de su intimidad en un papel ante una persona desconocida también fue difícil inicialmente por la desconfianza del tratamiento de datos.

En parte, esta labor no habría sido posible sin la ayuda especial de las trabajadoras sociales y técnicos del Centro de Acogida Municipal y de las entidades pertenecientes a la red de Puerta Única. Así como todas las personas sin hogar que participaron en este estudio y cedieron parte de su tiempo para esta investigación.

Por último, agradecer también la labor y esfuerzo que ha mostrado Jesús San Martín como tutor. Paralelamente y como futuras líneas de investigación, se proponen diferentes vertientes:

- Ampliar la dimensión de la muestra a toda la localidad de Málaga para poder tener así unos datos globales sobre el perfil de las personas sin hogar, y no únicamente sobre un barrio concreto del municipio.
- Realizar una investigación desde una perspectiva multidimensional en la que se recojan todas las categorías recogidas en la clasificación ETHOS.
- Realizar una comparativa de esta investigación en otro periodo del año en el que la climatología sea más adversa para las personas sin hogar y observar las diferencias.
- Continuar con una línea de investigación que indagara en los motivos de cronicidad que se ven envueltos las personas sin hogar, más allá de las actuaciones del propio sistema realizara a su favor. Durante la investigación se observó en sus relatos como algunos de ellos

estaban recibiendo diversas ayudas como puente para empezar a salir de la situación, pero sin embargo no realizaban ningún esfuerzo.

- Líneas de actuación orientadas a la inclusión y apoyo social a través del uso sano del ocio y tiempo libre.
- Elaboración de una Guía de recursos para personas sin hogar de Málaga.
- Indagar y crear propuestas de mejora hacia las incoherencias existentes en el ámbito de los servicios sociales; Personas sin hogar que para acceder a prestaciones sociales necesitan como requisito estar empadronados individualmente en una vivienda.
- Proseguir con la investigación de factores que inciden en la felicidad de las personas sin hogar.

Referencias

- Bachiller, S. (2008). Personas sin hogar, crisis y estigma. Cuando los esfuerzos por preservar la autoestima atentan contra la posibilidad de conformar una identidad colectiva. *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Posadas, Argentina: Universidad Nacional de Misiones.
- Ahn, N., & Mochón, F. (2010). La felicidad de los españoles: factores explicativos. *Revista de Economía Aplicada*, XVIII(54), 5-31.
- Ansa Eceiza, M. (2008). *Economía y felicidad: Acerca de la relación entre bienestar material y bienestar subjetivo*. Bilbao: Ecocri 2008.
- Argyle, M. (1999). Causes and Correlates of Happiness. En D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz, *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology* (págs. 353-373). New York: Russell Sage Foundation.
- AROPE. (2016). *El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2009-2015*. European Anti Poverty Network.
- AROPE. (2017). *El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2008-2016*. European Anti Poverty Network.
- Avramov, D. (1995). *Homelessness in the European Union: Social and Legal Context of Housing Exclusion in the 1990s*. Bruselas: FEANTSA.
- Badia, X., Guerra, L., García, M., & Podzamczar, D. (2000). Revisión de instrumentos de medición de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con infección por el VIH. (J. Editores, Ed.) *En calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH*.
- Biswas-Diener, R., & Diener, E. (2006). The subjective well-being of the homeless, and lessons for happiness. *Social Indicators Research*, 76, 185-205.
- Cabrera Cabrera, P. (2008). Personas sin hogar. En M. Hernández Pedreño, *Exclusión social y desigualdad* (págs. 185-229). Murcia: Universidad de Murcia.
- Cabrera Cabrera, P., & Rubio Martín, M. (2008). Las personas sin hogar, hoy. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*(75), 51-74.
- Cabrera, P. (1998). *Huéspedes del aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Cáritas Española. (2008). *No tener un hogar significa mucho más que estar sin techo*. Cáritas Española.
- Cáritas Española. (2017). *Nadie sin hogar*. Cáritas Española.
- Díaz Llanes, G. (2001). El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), 572-579.
- Diener, & Seligman. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81-84.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo [Subjective well-being]. (C. O. Madrid, Ed.) *Intervención psico-social. Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 3(8), 67-113.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29(1), 94-122.
- Easterlin, R. (2001). Income and Happiness: Towards a Unified Theory. *The Economic Journal*, 111, 465-484.
- Fischler, F. (7-9 de noviembre de 1996). Conferencia europea sobre el desarrollo rural. (G. Kruzhuver, Entrevistador) Cork, Irlanda.
- Haring-Hidore, M., Stock, W. A., Okun, M. A., & Witter, R. A. (1985). Marital Status and Subjective Well-being: A Research Synthesis. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 47-53.
- Instituto Nacional de Estadística. (2005). *Encuesta sobre las personas sin hogar*. INE.

- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Encuesta a las personas sin hogar*. INE.
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Defunciones según causa de muerte*. INE.
- Jariego, I. (2012). Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. En U. d. Sevilla, *Apuntes de Psicología* (Vol. 22, págs. 187-211). Sevilla.
- Jencks, C. (1994). *The homeless*. Cambridge: Harvard University Press.
- Larson, R., & Harm, M. (1993). Stress and storm and stress in early adolescence: the relationship of negative events with dysphoric affect. *Developmental Psychology*(29), 130-140.
- Layard, R. (2005). En *La felicidad: lecciones de una nueva ciencia* (pág. 160). Madrid: Taurus.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness. Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 527-539.
- Lyubomirsky, S. (Compositor). (2013). Mitos sobre la felicidad. [The Greater Good Podcast, Intérprete] [https://greatergood.berkeley.edu/podcasts/item/sonja_lyubomirsky_on_the_myths_of_happiness].
- Lyubomirsky, S., Tkach, C., & Dimatteo, R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem? *Social Indicators Research*(78), 363-404.
- Matulic Domandzic, M. V. (2013). Los procesos de exclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona. *Trabajo social global*, 3(5), 3-27.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualad. (2016). *Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualad.
- Muñoz López, M., Vázquez Cabrera, J., Panadero Herrero, S., & Vázquez Valverde, C. (2003). Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 3(2), 100-116.
- Muñoz Roussy, Á. (Marzo de 2011). Happiness and homelessness: A case study of Happiness awareness among homeless people. *World Journal of Social Sciences*, 1(1), 165-187.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Bermejo, M., & Vázquez, J. (1999). Stressful life events among homeless people: Quantity, types, timing, and perceived causality. *Journal of community Psychology*, 27(1), 73-87.
- Olson, D. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*(22), 144-167.
- Panadero Herrero, S., & Muñoz, M. (2004). Personas sin hogar y derechos humanos en las sociedades desarrolladas: los límites de la exclusión. En L. de la Corte Ibáñez, A. Blanco Aberca, & J. Sabucedo Cameselle, *Psicología y derechos humanos* (págs. 247-276). Icaria.
- Panadero, S., Vázquez, J., & Martín, R. (junio de 2016). Alcohol, pobreza y exclusión social: Consumo de alcohol entre personas sin hogar y en riesgo de exclusión en Madrid. *Adicciones*, 29(1), 33-36.
- Pleace, N. (2016). Researching Homelessness in Europe: Theoretical Perspectives. (U. o. York, Ed.) *European Journal of Homelessness*, 10(3).
- Prieto Alaiz, M., González González, Y., & García Pérez, C. (2016). La pobreza en España desde una perspectiva multidimensional. *Revista economía aplicada*, XXIV(70), 77-110.
- Proyecto Hombre. (Diciembre de 2013). Las personas sin hogar y las adicciones. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*(83), 6-13.
- Puerta Única. (2012). *Puerta Única. Centro de Atención a Personas Sin Hogar*. Málaga: Ayuntamiento de Málaga.
- Rojas, M. (2011). Happiness, income, and beyond. *Applied Research Quality Life*(6), 265-276.
- Rubio Arribas, F. J. (Enero de 2004). Ciudadanos y ciudadanas altamente estigmatizados y/o excluidos: las "personas sin hogar". *Nómadas. Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 15(1), 177-191.
- Sánchez Morales, M. (2012). En los límites de la exclusión social: las personas sin hogar en España. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 7(2), 307-324.
- Sarasa, S., & Sales, A. (2009). *Itineraris i factors d'exclusió social*. Barcelona: Síndica de Greuges de Barcelona.
- Schimmel, J. (Marzo de 2009). Development as Happiness: The Subjective Perception of Happiness and UNDP's Analysis of Poverty, Wealth and Development. *Journal of Happiness Studies*, 10(1), 93-111.
- Stevenson, B., & Wolfers, J. (2009). The Paradox of Declining Female Happiness. *American Economic Journal: Economic Policy*, 1(2), 190-225.
- Vázquez Cabrera, J., Rodríguez Moreno, S., Roca Morales, P., & Panadero Herrero, S. (2016). Sucesos vitales estresantes en mujeres en situación sin hogar. *Mujeres e investigación. Aportaciones interdisciplinarias*, 611-624. Sevilla.

- Vázquez, C., & Hervás, G. (2011). *La felicidad y la percepción de la salud*. Instituto Coca-cola de la felicidad.
- Vázquez, J., Panadero, S., & Guillén, A. (2015). Happiness on the Street: Overall Happiness Among Homeless People in Madrid (Spain). *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(4), 324–330.
- Washington, M. (2001). Los problemas de salud de las personas sin hogar. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 9(3), 191-192.
- Wolch, J., & Rowe, S. (1992). On the Streets: Mobility Paths of the Urban Homeless. *City & Society*, 6(2), 115-140.
- Zimbardo, P. (2009). La psicología del tiempo.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

Violencia filio-parental y empatía: un análisis desde el ámbito académico, familiar y profesional-experto

Trabajo Fin de Máster de Eva M^a. Somovilla Adame,
tutorizado por Laura Domínguez de la Rosa

Resumen

El presente trabajo pretende conocer las estrategias discursivas en la construcción social de la violencia filio-parental, desde diferentes ámbitos: académico, familiar, profesional-experto (principalmente en investigación jurídica y programas de intervención). Se trata de una investigación de corte cualitativo, fundamentado en la propuesta del Análisis del Discurso de Potter y Whetherell, bajo los fundamentos de construcción y repertorios interpretativos. De éstos se desprende la clara presencia de discursos orientados a unos modelos educativos descuidados, una sociedad que incide negativamente en el desarrollo y prevalencia de la violencia filio-parental. Además, se vislumbra estrategias de intervención integrales e individuales, que formuladas en habilidades sociales como la empatía, permita la creación de nuevos vínculos que promueva la reeducación y reinserción del menor y sus familias.

Palabras Clave: violencia filio-parental, empatía, intervención social, repertorios interpretativos, familia.

Abstract

The present work aims to know the discursive strategies in the social construction of child-parent violence, from different fields: academic, family, professional-expert (mainly in legal research and intervention programs). It is a qualitative research based on the proposal of the Discursive Analysis of Potter and Whetherell's, based on construction and interpretative repertoires. From these we can see the clear presence of discourses aimed at neglected educational models, a society that has a negative impact on the development and prevalence of child-parent violence. In addition, comprehensive and individual intervention strategies are envisaged, formulated in social skills such as empathy, allowing the creation of new links that promote the re-education and reintegration of children and their families.

Keywords: education, empathy, family, social intervention, child-parent violence.

Introducción

Cada vez es más difícil ignorar el modo en el que evoluciona la sociedad y los problemas que arrastra arraigados en su matriz. Entre los que destacan algunos fenómenos sociales emergentes que jamás habían salido a la luz, como la violencia filio-parental (en adelante, VFP), la parentalidad entre personas del mismo sexo (Domínguez y Montalbán, 2014), entre otros. En esta evolución los agentes¹ encargados de socializar, comienzan a mostrar debilidades que hacen tambalear los cimientos en los que se apoya la sociedad actual. Hoy en día, se despliega un creciente interés por las causas y las consecuencias que inciden en el desarrollo de las relaciones nocivas, como es la VFP, dentro de uno de los principales pilares de socialización, como es la familia. La VFP ascendente como una de las múltiples problemáticas existente dentro del núcleo familiar, destaca por su novedosa e intrépida aparición. El vertiginoso incremento de casos denunciados, ha derivado en la realización de numerosas investigaciones, para determinar los factores relacionados a este fenómeno.

Para las ciencias sociales y el Trabajo Social, la VFP es un área que cobra cada vez más importancia en las repercusiones familiares, a las que éstas se ven sumidas. La VFP, es definida por Ridaura (2015) como la violencia física, verbal, contra objetos o económica dirigida de los hijos hacia los padres u otra persona del contexto familiar, que pueden ser hermanos o abuelos y que tienen una intencionalidad (que es conseguir cosas) y que además, deben ser conductas agresivas reiteradas en el tiempo. Es decir, es un tipo de violencia intrafamiliar que surge dentro del ámbito privado, donde progenitores y menores se ven implicados (Rojas, Vázquez y Llamazares, 2016), y lo que posiciona el debate a ser reclutado a la esfera pública para ser abordado desde lo social.

Mientras se discute su identidad, este fenómeno ha estado custodiado, protegido y silenciado dentro de las familias y de la sociedad, de donde se infiere su desarrollo, evolución y permanencia. La familia como uno de los principales agentes de socialización y como centro neurálgico en el que se gesta este fenómeno, necesita de los recursos y las herramientas adecuadas para poder desarrollar las habilidades necesarias, a la resolución del problema con “carácter privado” que continuamente transgrede a lo público, lo social. Por lo tanto, se considera necesario rescatar el concepto de Salud en su dimensión positiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la definió como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1946); queda claramente justificada la necesidad de atender este fenómeno social, como un problema de salud que en su diada confluyen el campo físico, mental y social. Y para ello, debe ser atajado dentro de lo público (lo social). El desarrollo que este fenómeno social envuelve, hace necesario retomar a Foulcault (1999, p.159) en aras de concretar ese punto de intersección que tanta polémica suscita, si es público o privado, y dice:

Lo social es lo que surge entre lo privado y lo público. Lo social es el área por la que el Estado se introduce entre las relaciones privadas, siempre que estas influyan en la sociedad. Los trabajadores sociales juzgan y tratan, controlan y remedian.

Puesto que es algo usual, que dentro de la esfera familiar, algún miembro ejerza violencia sobre otro de ellos (Aroca, Lorenzo y Miró, 2014; Trujillo, Sahagún, Cárdenas y Ramírez, 2016); también se ha vuelto coloquial, el tratamiento tan impersonal, que expenden los medios de comunicación, en cuanto a la víctimas. Es por esto que no se puede olvidar las tendencias que emergen en la VFP, es decir, aquellas nuevas formas de expandir y conquistar esferas inéditas que nadie se atrevería a dañar, como es la figura de los abuelos; aquellas personas al cargo de los cuidados de los menores (SEVIFIP, 2015; Ridaura, 2015). El Instituto Nacional de Estadística (2016, p.19), recoge 124 casos incoados por los abuelos, 33 se inician por el abuelo y 91 por la abuela; y 3.046 nuevos casos de denuncias abiertas por los progenitores, en los que 851 casos la víctima fue el padre y 2.195 a la madre.

Así mismo, el Ministerio de la Fiscalía General del Estado (FGE) recoge en sus memorias anuales, el número de casos incoados en violencia doméstica². Ante el incremento de casos abiertos dentro de esta categoría, la FGE (2009), incide en la necesidad de unificar los registros informáticos, en un intento de aunar criterios de categorización y contabilización, para que así la Administración pueda brindar respuestas efectivas a situaciones reales. A partir del año 2011, las categorías de la violencia intrafamiliar aparecen segregadas en ascendente, entre hermanos y de género. Sin embargo, la FGE (2017) destaca como novedoso, un descenso de casos incoados a nivel nacional, de 4.898 casos en el año 2015 a 4.355 en el año 2016; ya que hasta ahora, los datos aportados sugerían una estabilidad, a pesar del leve aumento. Ante lo último, se consideraba que las medidas aplicadas sobre esta modalidad delictiva, que denominaban *lacra social*, eran infectivas. Hecha esta salvedad, la FGE insiste en

¹A lo largo de este trabajo se intentará manejar términos en un lenguaje neutro o común.

²Memoria del Ministerio Fiscal (2009, p. 919), trata en el apartado de algunas cuestiones de interés con tratamiento específico, la Violencia doméstica: “El fenómeno de la violencia intrafamiliar no de género es uno de los temas de especial tratamiento en las Memorias elaboradas por las Fiscalías territoriales”.

el fracaso de un modelo educativo malogrado desde la infancia y terapias preventivas que, desde las instituciones, inhiban alcanzar a la vía judicial.

De ahí, que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017), informe que la modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia llevada a cabo por la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, mejora la atención y protección de menores “consistentes en que el personal de los equipos psicosociales que prestan servicios a la Administración de Justicia, incluyendo los equipos técnicos de menores, tendrá formación específica en familia, menores, personas con discapacidad y violencia de género y doméstica”. Esto, viene a garantizar parte del Convenio firmado el 25 de octubre del año 2016 entre, el Consejo General del Poder Judicial y del Tribunal Supremo, con la Sociedad Española para el Estudio de la Violencia Filio Parental (CGPJ, 2016), para intensificar la labor de colaboración mutua en estudios, investigación, difusión de las causas que la generan y las secuelas que producen desde sus ámbitos de actuación, así como en la prevención e intervención, para satisfacer demandas sociales y necesidades de interés general.

Por ello, con la finalidad de poder realizar un abordaje holístico y eficaz, se hace necesario identificar la multiplicidad de características comunes que comparten las personas agresoras de VFP. Garrido (2006) defiende por un lado factores biológicos y por otro comparte con Cuervo y Rechea (2010); González y Álvarez, et al. (2010), factores psicológicos como comportamientos perturbadores y déficits de atención. Desde Calvete, Orue y Sampedro (2011) aportan la baja autoestima y los altos índices de depresión, Cottrell (2001); Ibabe (2007); Pérez y Pereira (2006) señalaron la falta de empatía. (Pereira, 2011). Éstos últimos son propios en los trastornos de personalidad antisocial, que confluyen con altos niveles de agresividad y otros delitos. Ibabe (2007, p. 21) concluye:

estos jóvenes muestran escasas habilidades para conseguir sus objetivos más allá de la violencia, y que tienen dificultades emocionales (baja autoestima, baja autonomía o trastornos emocionales) y escolares (dificultades de adaptación escolar y de aprendizaje), podría pensarse que sus niveles de frustración pueden ser elevados y su capacidad de tolerarla bastante baja. Todo ello hace que los jóvenes recurran a la agresión como único medio para conseguir sus fines.

Aroca (2010) revela que los jóvenes, para conseguir sus fines, utilizan el terror para que el sometimiento de poder y control sea pleno y siga un ciclo. Así mismo, explica que la VFP arranca en la sumisión parental, ante un modelo educativo sin establecimiento de normas claras. Ante la rendición parental el hijo toma el poder y es en este intercambio de roles donde el hijo comenzará a reivindicar su puesto. La nueva posesión de poder, frustrará a los progenitores que incidirá en una pérdida de control, donde el menor se defenderá por medio de amenazas. Ante este ataque los padres suavizarán su actitud en pro de aplacar el malestar familiar y de nuevo comenzará el ciclo de VFP. En cualquiera de los casos, existen modelos teóricos que tratan de dar explicación al surgimiento de este tipo de violencia. Entre los que se destacan:

La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1971) explicaba que la personalidad de la persona se constituía a partir de la interacción del ambiente, los procesos psicológicos personales y el comportamiento. A su vez, matizaba que el aprendizaje se adquiría mediante la observación e imitación de referentes cercanos en sus comportamientos; y que las conductas violentas estarían nutridas de las experiencias personales, la observación y los factores sociales y psicológicos de la persona. Domenech e Íñiguez (2002) puntualizaban que una observación previa va a ser hegemónica para imitar dichos actos. Desde aquí, cabría explicar la retaliación, como ese tipo de violencia que los hijos adultos devuelven sobre sus progenitores maltratadores, cuando están bajo su cuidado (Bertino y Pereira, 2009).

El Modelo de Coerción de Patterson (1982), expresaba que el individuo y el ambiente influían entre sí. De ahí que la conducta violenta pudiera ser el resultado de una interacción familiar negativa, que serviría como base de observación y posterior aprendizaje, al refuerzo negativo proferido al comportamiento violento.

El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979) manifestaba la comprensión generalizada y ecosistémica de la VFP, como la confluencia de factores sociales, educativos, individuales y familiares.

Los factores sociales, como el acceso de la mujer a la esfera laboral, las variaciones en el modelo familiar circunscribe conflictos en el sostenimiento de la autoridad; cambios como el retraso de la paternidad así como el descenso en el número de hijos; la falta de tiempo para educar y hacerse respetar (Aroca, Cánovas y Alba, 2012), así como el consumo exacerbado y el estrés al intentar conciliar la vida laboral y familiar; y una práctica educativa forjada en la gratificación y la ausencia de normas y valores, promueve los cauces idóneos a una violencia consentida que abre las puertas a desequilibrios de poder en la familia y la escuela (Garrido, 2006; Ibabe, 2015; Pereira y Bertino, 2009). De este

modo, los factores sociales, familiares, individuales y educativos se van a ver entrelazados y abocados a una retroalimentación insana.

Peek, Fischer y Kidwell (1985) destacaron la importancia de la educación en este tipo de violencia. A su vez, Aroca, Cánovas y Alba (2012) mostraron que la VFP estaba relacionada con un modelo educativo violento y punitivo no estricto, puesto que ellos asumen por estilo educativo a crear unas coordenadas de regulación dentro de las que se enmarcan y reseñan las estrategias y mecanismos de socialización y educación de los hijos, traducidos en actitudes y comportamientos (p.234).

Entre los factores familiares Pereira y Bertino (2009) apuntaron nuevamente que la pérdida del rol paterno filial puede tener sus grietas en una educación sin normas ni límites; además de suscribirse al mantenimiento de relaciones conflictivas delante de los hijos, el descontento por la transacción de roles, así como la relación de amistad con sus infantes.

Sin embargo, estos factores son sucesores de una estructura patriarcal tradicional del que parte, en buena medida, el resto de sintomatologías sociales (la educación autoritaria basada en el respeto y miedo a la figura del padre, la guarda en secreto de los problemas surgidos dentro del ámbito familiar – conceptuados como privados-, la incuestionable dicha de un amor absoluto por los hijos y la vergüenza a la estigmatización social), determinan, permiten e incrementan el desarrollo de la VFP, perpetuando la convivencia dentro del hogar, al ostracismo familiar y social. Bobic (2002) refleja la dificultad a la que se ven cercadas las investigaciones, debido a la afrenta personal y social a la que se someten los progenitores al denunciar a sus hijos, ante un acto castigado socialmente como antinatural del ser humano; y que impulsa “la ley del silencio” ante la vergüenza al qué dirán (Pereira, 2011).

Todo esto, no hace más que refutar que estamos ante un proceso vivo, que lleva en estudio desde mediados del siglo pasado, bajo el término de “síndrome de los padres maltratados” (Sears, Maccoby y Levin, 1957) y que en estas últimas décadas ha emergido, como un fenómeno transformado. La diferencia entre el “tradicional” y el “nuevo”, se sitúa en la frecuencia de los ataques, el tipo de violencia, las características de la persona agresora y de las causas que lo desencadenan. Bertino y Pereira (2009) contextualizan ambas, bajo parámetros muy singulares y concretos. La “tradicional” responde a un tipo de violencia física y ocasional, casi siempre inducida por el consumo de tóxicos (o bajo el síndrome de abstinencia) y/o por trastornos mentales. La “nueva” se focaliza en una esfera social “normalizada”, en la que las personas agresoras intentan hacerse con el control y el poder de sus progenitores, mediante la perpetración de una violencia física, verbal, económica, psicológica y/o emocional. Además, esta última no cesa aun tras haber conseguido el sometimiento absoluto de los progenitores y ambas se vinculan a modelos educativos negligentes, aunque la “tradicional” surge desde un modelo autoritario y la “nueva” desde un modelo permisivo.

Por ello, desde el Trabajo Social se protege y asiste a los principales agentes de socialización, con el fin de promover mecanismos de orientación socioeducativa que reconduzcan las situaciones de conflicto y los cauces de la comunicación, en comportamientos autónomos que faciliten la consecución de su bienestar. Cazorla y Bernal (2014, p.3) puntualizan:

Entre los objetivos principales de esta disciplina está buscar el acompañamiento y el desarrollo de las capacidades de las personas para promover el cambio, aumentar su autonomía y su capacidad de autoorganización. Por lo tanto, el Trabajo Social persigue el fin de favorecer la dignificación de las personas como sujetos activos de sus propias historias.

Berrocal y Ruíz (2008) mostraron la necesidad de proveer a los pilares de socialización, de aspectos emocionales y sociales, con el fin de promoverles relaciones interpersonales y actitudes empáticas de calidad, garantizando así una adaptación social y emocional. Por lo que, Bermejo y Martínez (2006) explicaron que los agentes sociales deben forjarse de un clima cálido y de confianza, como facilitador del cambio, participando de forma empática en el proceso de ayuda centrándose en la persona y entendiendo lo que siente el ayudado. Olmedo y Montes (2009) revelaron que la empatía era parte de un proceso adaptativo, que en la fase de interrelación, aseguraba la supervivencia y el desarrollo de la vida. De ahí, que la transmisión de emociones avalen la vida del individuo, el grupo y la cohesión grupal.

Por ello, la búsqueda de recursos idóneos, como los programas de intervención, y las habilidades necesarias para ejecutarlos, como la empatía, va a promover de un abordaje integral y hegemónico, que permite afrontar las problemáticas que viven hacinadas en sus pilares, como es, entre otros, la VFP. Por todo ello, se hace imprescindible la investigación rigurosa, un diagnóstico fiel de la situación, un programa con la ejecución de un tratamiento integral que rehabilite el equilibrio y facilite la reinserción de la persona agresora y de las víctimas, en todas sus esferas, y una evaluación concreta y específica que suscriba mejoras y propuestas. La suma de todo esto va a permitir seguir avanzando en el estudio de este fenómeno, con la finalidad de reestablecer el equilibrio social.

La familia como parte fundamental del pilar de socialización, desempeña un papel muy importante dentro de este proceso, que unida a la educación y los diferentes factores de socialización, forja esa red hegemónica que promueve y garantiza la supervivencia del individuo. Por esto, también va a tener que formar parte del proceso de intervención, con el propósito de atajar la VFP desde sus agentes principales, personas agresoras y víctimas.

La empatía se posiciona con mayor fuerza como una herramienta indispensable a la hora de trabajar con personas en procesos de cambio, así como la motivación. Por ello, se hace cada vez más visible la necesaria especialización de interventores sociales que doten, faciliten y fomenten proyectos orientados a las necesidades concretas y específicas que padece la sociedad actual. Tanto la investigación como la intervención van a ser decisivas, para poder identificar los factores que en éstos inciden, así como el conocimiento de los recursos y las herramientas propias para actuar con la máxima eficacia y al menor coste posible, tanto a nivel emocional como económico.

Según González (2012), la empatía nació con la llamada Teoría de Einfühlung, que estudiaba la percepción visual a través de las emociones. Y es que, a lo largo del siglo XX el término Einfühlung³/ empatía ha evolucionado con rigor en numerosas esferas de la ciencia, enraizando una cepa común en la que Wispe (1992, p.44) la describió como ese “proceso por el que una persona “se siente dentro a sí misma, dentro de” la conciencia de otra persona”.

Desde el campo de Trabajo Social y como agentes interventores en el cambio social, se nos registran destrezas y estrategias que promuevan procesos de intervención. Y es que, se hace vital crear un vínculo con el usuario, así como comprender sus necesidades sentidas y expresadas. De ahí que Gómez (2011, p.171) definiera la empatía como “esa actitud traducida en habilidades de comunicación, observación, escucha activa y respuesta empática”

Para poder hacer una investigación rigurosa es esencial conocer las dimensiones que abarca la empatía, según Staub (1992, p.118):

- El componente cognitivo, se encuentra presente como pilar básico que alcanza la comprensión y el conocimiento del estado del otro de forma consciente.
- El componente participativo, se da cuando una persona sintoniza con el mundo del otro, participa de lo que vive y siente, en su preocupación por ella, lo que va a derivar en una conexión afectiva.
- Componente afectivo se produce cuando los sentimientos de una persona, provoca su imitación en otras.

A modo de complemento, Staub (1992, p.123) además reveló sus beneficios:

Una de las funciones de la empatía va a estar centrada en el papel que juega dentro de la supervivencia. La empatía incrementa la conducta grupal, defendiéndose ante depredadores. Además, “la empatía emocional sirve para unir a los individuos entre sí, especialmente a madres e hijos”, Y posibilita la vida en grupo, de modo cooperativo bajo normas.

Para comprender mejor este trabajo será preciso mostrar la existencia de estudios que muestran la relación entre la empatía y la agresión.

En varios estudios anglosajones (Feshbach y Feshbach, 1969; Staub 1978, 1986) se concluyó que la empatía cumplía un papel vital en la merma de la agresión.

En otros estudios de corte cuantitativo, divergen en los resultados obtenidos. En la investigación llevada a efecto por Mestre, Samper y Frías (2002. P.231) en torno a los procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador, concluyeron que:

- La empatía aparece como el principal motivador de la conducta prosocial, desde su componente cognitivo, pero especialmente en sus componentes emocionales.
- A mayor poder predictor de la empatía como facilitadora de la conducta prosocial e inhibidora de la conducta agresiva. El papel del razonamiento, pierde su poder predictor en relación con la agresividad.
- La inestabilidad emocional tiene mayor poder predictor en la conducta agresiva.
- Los sujetos más inestables emocionalmente y con dificultad para controlar la impulsividad, son más propensos a la agresividad. Los adolescentes más empáticos, con emocionalidad controlada, son más prosociales. El razonamiento, en general, no es predictor ni de la conducta prosocial ni de la agresiva, en adolescentes.

³Einfühlung significa “sentir el adentrarse de uno mismo en algo”. Vischer (1873) lo interpretó como “sentirse dentro de”. Titchener en 1909 reveló que su raíz etimológica provenía del griego *εμπαθεια* (empátheia) formado *εν*, (en-) “en el interior de”, y *πάθος* (pathos) “sufrimiento, lo que se sufre”. De este modo, el término griego *εμπαθεια* (empátheia), se traduce como esa cualidad de sentirse dentro.

- Concluyeron que la inhibición de la agresividad podría potenciarse con el desarrollo de la prosocialidad, que incluye la preocupación empática como principal determinante (Mestre, et al., 2002, p. 232).

En otra investigación realizada por Roncero (2012, p. 41-44), en torno a la relación entre empatía y agresión en delinquentes juveniles violentos, concluyó:

- Había una correlación negativa, aunque débil, entre la agresión física y la empatía de dimensión afectiva; aunque no con la agresividad verbal.
- No encontraron correlación ninguna entre agresividad física y dimensión cognitiva de la empatía.
- Coincide con otros estudios anteriores, respecto a la empatía que sienten las personas agresoras, la que muestran a sus personas cercanas y la falta de ésta, hacia sus víctimas.
- Concluye, que la dimensión afectiva de la empatía podría funcionar como un factor inhibitor de la agresividad.

Ante los resultados obtenidos, el autor proporcionó las bases que mejorarían su investigación, una muestra mayor, evitar efecto techo, buscar alternativas que eviten el sesgo de las respuestas en los participantes y medir la empatía mediante la observación indirecta.

Por último, Moya, Herrero, Bernal (2010, p. 89) en la investigación llevada a cabo sobre las bases neurológicas de la empatía, para conocer cómo actuaban los circuitos cerebrales involucrados en la empatía, concluyeron:

Las estructuras cerebrales (corteza prefrontal y temporal, la amígdala, estructuras límbicas como la ínsula y la corteza cingulada) desempeñan un papel fundamental en la empatía y guardan semejanza con las relacionadas con la agresión y la violencia; por lo que los circuitos neurales implicados en la empatía y la violencia podrían ser parcialmente similares.

Llegados a este punto, y ante la escasez de estudios centrados en relacionar la VFP y la empatía, nos vemos abocados a investigar ante una exigente y compleja demanda social (sentida y demandada), como es el suceso que nos ocupa. Éste se encuentra anclado dentro de todas las esferas que desde el Trabajo Social se puede intervenir, sociedad, grupos, familia, educación, etc. Y es por ello que se realizan investigaciones en la búsqueda de herramientas personales que ayuden a prevenir y minimizar los efectos, de los procesos dinámicos que la sociedad genera. Esta es la razón por la que se nos encomendó desde la Asamblea de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2000) en Montreal:

La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social.

Todo lo expuesto despierta el interés por acercarse a un estudio cualitativo en torno a tres preguntas centrales:

- ¿Cómo se está construyendo socialmente la violencia filio-parental en el ámbito familiar y profesional?⁴
- ¿Cómo influye la empatía en la construcción del ámbito social y educativo, ante la violencia filio-parental?⁵
- ¿Cómo se construyen socialmente los programas de intervención de violencia filio-parental en torno a la empatía?⁶

El presente trabajo surge de tres estudios vinculados de una línea de investigación. A través del desarrollo de las reflexiones formuladas en el primer estudio que da respuesta a la pregunta ¿Cómo se está construyendo socialmente la violencia filio-parental en el ámbito familiar y profesional? Con ello, se pretende realizar un viaje en paralelo al fenómeno social que nos atañe, profundizando en su proceso dinámico. Por medio de la revisión teórica se presentan los resultados obtenidos enlazándolos con los nuevos procesos teóricos de intervención.

Los trabajos que se muestran están marcados por la interacción de las conductas, las relaciones sociales y el lenguaje. Con esto, se hace necesario subrayar la obligación de dotar de comprensión a la realidad que se construye en dicha vinculación, como proceso vivo que evoluciona. Por todo lo anterior, se analizan las investigaciones bajo un método cualitativo, y concretamente se ha empleado el Análisis

⁴Estudio 1: Análisis discursivo de la violencia filio-parental: ámbito familiar y profesional

⁵Estudio 2: La construcción de la violencia filio-parental y la empatía como herramienta moduladora

⁶Estudio 3: Análisis de los programas de intervención de violencia filio-parental en torno a la empatía

del Discurso de Potter y Wetherell (1987), a partir de sus conceptos construcción y repertorios interpretativos⁷. De este modo, se configuran repertorios interpretativos con cierto estilismo gramatical e irán acompañados de metáforas o tropos; donde la articulación de diversos repertorios dará lugar a las diferentes estrategias discursivas. Los elementos coincidentes y esenciales utilizados en los estudios, se exponen en el siguiente punto.

Método

En las investigaciones citadas se expuso una metodología cualitativa, basada en el estudio de diferentes esferas, sociales, culturales y educativas. Para ello, se propuso el de corte fenomenológico, porque además es idóneo para averiguar cómo influyen los ecosistemas sociales en los procesos de intervención de la VFP. De esta forma, se contribuye a facilitar una visión holística en la intervención de la VFP en los diferentes escenarios estudiados.

El procedimiento realizado en las investigaciones, es el basado en la Grounded Theory (Teoría fundamentada), desplegado del “muestreo teórico o con un propósito”.

Materiales

La muestra seleccionada ha sido intencional en los diferentes estudios. En las investigaciones “El análisis discursivo de la violencia filio-parental: ámbito profesional y familiar” y “La construcción de la violencia filio-parental y la empatía como herramienta moduladora”, el material empleado fueron las transcripciones literales de las entrevistas realizadas a los diferentes participantes. En cuanto al “Análisis de los programas de intervención en torno a la violencia filio-parental y la empatía”, el material utilizado para conocer el discurso que se construye en los programas de intervención, serán los artículos y documentos localizados en internet, libros y folletos. La búsqueda prospectiva y retrospectiva en diferentes artículos, ha permitido la consecución de algunos de los programas. Otro recurso a utilizar será la asistencia al II Congreso de Violencia Filio-Parental “Comprender, Describir, Evaluar e Intervenir”, realizado en Bilbao, el pasado mes de mayo, a través del cual se obtuvo el Libro de Actas del Congreso en el que se incluían la descripción de diversos programas.

Análisis

Los materiales de los diversos estudios se han analizado bajo el enfoque socioconstruccionista, poniendo un especial interés en averiguar los ejes reticulares (temas principales) que utilizan los participantes, los programas de intervención, así como los expertos, para hablar de los significados socioculturales relacionados con la VFP. Por ello, se ha utilizado un método cualitativo de corte psicosocial que enlaza la Psicología Discursiva con el análisis crítico discursivo. Por todo, se propuso un análisis del discurso (AD) centrado en la propuesta de Potter y Wetherell (1987), en el que se recurrió a su unidad de análisis por excelencia, los repertorios interpretativos (RI).

El análisis basado en el concepto construcción va a revelar los discursos voluntarios o no, que se encuentran encerrados en la lingüística, donde el lenguaje se construye anclado a la producción de unos fines y a la consecución de unos resultados determinados (Potter y Wetherell, 1987). Además, el término construcción conduce al analista al recurso donde nace el discurso con particularidades exclusivas, permite utilizar algunos recursos lingüísticos y por último, redirige a un discurso en movimiento, con consecuencias; donde la realidad vivida se forja a partir del discurso (Potter, Stringer y Wetherell, 1984).

De este modo, Sisto (2012) concluye que, es la construcción la que da sentido a la formación de nuevas realidades, interacciones sociales y modificaciones en el lenguaje, como actividad dinámica de los procesos sociales. Así, la unidad de análisis que va a marcar los elementos discursivos que construyen acciones y fenómenos son los repertorios interpretativos. Así mismo, Domínguez y Montalbán (2014, p.4) describieron la unidad de análisis como:

Marcos discursivos en el que los hablantes fundamentan la retórica de su decir, a través de los cuales se conoce la estructura interna de las diferentes narrativas que nos ayudarán a construir versiones de eventos, procesos cognitivos y otros fenómenos variados.

⁷Estos conceptos se definen en el apartado de análisis.

Procedimiento

En las investigaciones citadas, el procedimiento de análisis estuvo marcado por cuatro fases principales, siguiendo la Teoría Fundamentada (Grounded Theory):

En la primera fase se ha realizado una investigación exhaustiva, selección y organización del material de análisis (transcripción de entrevistas, localización de agentes principales y profesionales y búsqueda programas de intervención en VFP).

En la segunda fase, para tener un contacto fiel y directo con el material conseguido, se han realizado múltiples lecturas en la que se han detectado metáforas, analogías y comparaciones, en los mensajes de los diferentes documentos y agentes.

En la tercera fase, se han analizado los diferentes documentos, en los que se ha detectado múltiples estrategias discursivas vinculadas entre sí, y de sus interconexiones se han extraído los repertorios interpretativos. Éstos son los que van a sustentar las diferentes estrategias discursivas. Es en esta etapa en la que se configuran los criterios de homogeneidad, heterogeneidad, inclusión y exclusión. Las dos primeras investigaciones van a compartir todos los criterios. En el de homogeneidad se considerarán la transcripción literal de las entrevistas de todos los participantes. En el de heterogeneidad, serán la edad, sexo, profesión, etc. El de inclusión comprende a todos aquellos que han participado en estas investigaciones. Por último, el de exclusión va a ser aquellos que declinaron colaborar con nosotros. En cuanto al tercer estudio, el criterio de homogeneidad lo conforman los documentos que explican su intervención. El de heterogeneidad, son la procedencia de su entidad (pública o privada) y los tipos de intervenciones (clínica, jurídica, SS.SS o terapéutica). El de inclusión es la localización de programas. Por último, el de exclusión es la no localización de los programas así como la no colaboración de sus entidades en facilitarlos.

El último estudio ha sido analizado con la versión 7.0 del software Atlas.ti. El proceso de análisis ejecutado con el programa ha sido en dos fases, una a nivel textual en el que se identifican las citas (segmentos de textos que construirán códigos) y una a nivel conceptual, en la que se relacionan los códigos con el fin de dar luz a los repertorios interpretativos.

En la cuarta fase, la validación por expertos en investigación (dos expertos nacionales y uno internacional), en torno a la VFP, han confrontado similitudes y dicotomías comunes, así como la representatividad de los repertorios interpretativos, tanto en los discursos expresados como en los silenciados.

Descripción de los estudios

Análisis discursivo de la violencia filio-parental: ámbito profesional y familiar

Planteamiento

La primera pregunta de investigación surgió para dar respuesta a un proyecto pedagógico de investigación cualitativa, de la asignatura de Prácticum de Investigación en el Grado de Trabajo Social. El objetivo general propuesto para conocer la construcción social de la violencia filio-parental en el ámbito familiar y profesional, supuso un acercamiento a la naturaleza cualitativa de la VFP, así como una toma de conciencia colectiva en torno al fenómeno social que emergía con tanta rapidez. También facilitó una primera toma de contacto hacia la acción social y a la investigación cualitativa, como metodología plausible y válida que permitía el estudio de la construcción social, en torno a ésta emergencia social. En un primer momento, se facilitó información a los alumnos sobre el fenómeno de la VFP. Además, se les dotó de las habilidades necesarias para poder descifrar y analizar una realidad tan compleja. Así, se diseñó el proyecto de investigación con los estudiantes.

Participantes

El estudio estaba constituido por ocho participantes claves, en torno a la esfera de la violencia filio-parental, entre las que destacan: las familias sometidas a este fenómeno social, expertos en la temática de estudio y profesionales que estaban en contacto con el colectivo descrito. El elenco de ocho entrevistados fueron, una víctima, un agresor, una pedagoga, un educador social, una trabajadora social, un psicólogo, un maestro y una orientadora.

Recogida de la información

Los discursos extraídos de los participantes, se recogieron a través de la entrevista individual en profundidad, con una duración de sesenta y seis minutos cada una. En éstas se perfiló un guion acorde a la revisión teórica y considerando, como referencia, las bases en las que se fundamentaba la investigación, la violencia filio-parental y los diferentes ámbitos profesionales que la tratan; con la intención de extraer los principales ejes temáticos que argumentaran el estudio.

Resultados

En la construcción que ofrecieron los diferentes discursos, se identificaron tres repertorios interpretativos principales y vinculados entre sí: “La enseñanza es la obligación de la escuela pero la educación es el privilegio de la familia”, “Despatologizar la violencia es cuestión de límites” y “El cóctel sin valores ni respeto”. De forma minoritaria surgió la estrategia discursiva alternativa en el concepto de la “empatía” fundamentado y unido al aprendizaje constructivista, significativo y positivo desde la niñez.

Conclusiones

El estudio visualizó una construcción social dual, en torno a la VFP. Una primera presentó las experiencias y sentimientos de los actores principales. La segunda solicitó el encargo y responsabilidad por parte de las instituciones sociales, en atención y prevención. Además, concluyó con propuestas centradas en la empatía, la educación y la corresponsabilidad en la educación. Así como, una contribución a reflexiones claves y orientadas a la intervención socio-familiar, en pro de estimular nuevos modos de avanzar en la labor investigadora.

La construcción de la violencia filio-parental y la empatía como herramienta moduladora**Planteamiento**

El estudio surge para dar respuesta a las preguntas planteadas en la investigación comentada. La confluencia de herramientas discursivas como “la empatía”, “la educación”, la “corresponsabilidad en la educación” construyó la idea de preguntarse si existirían otras medidas para prevenir la violencia filio-parental y si se podría plantear la empatía como un aspecto innovador en las intervenciones socio-familiares para atenuar posibles casos de violencia filio-parental (Somovilla, Aguilera, Berrocal y Domínguez, 2016; pp.116).

Participantes

El grupo de participantes de este estudio estuvo conformado por nueve personas relacionadas con la temática tratada, expertos e investigadores, profesionales relacionados con este fenómeno y los agentes implicados directos. La lista de participantes estuvo regida por dos trabajadoras sociales, un educador social, un pedagogo, un psicólogo y una psicóloga, una profesional investigadora del ámbito jurídico, una persona agresora y una víctima.

Recogida de información

Al igual que en el estudio anterior, la herramienta utilizada por la que se recogieron los diferentes discursos, fue a través de la entrevista individual en profundidad, con una duración de sesenta a sesenta y seis minutos cada una. En éstas se perfiló un guion acorde a la revisión teórica y teniendo como referencia las bases en las que se fundamentaba la investigación, la VFP y la empatía; con la intención de extraer los principales ejes temáticos que argumentaran el estudio.

Resultados

En la construcción discursiva se identificaron cuatro repertorios interpretativos vinculados entre ellos, tres principales “Descifrando el grito del delito más democrático”, “Frustración en la monarquía” y “El secreto: una manzana envenenada” y uno cuarto, alternativo, “De una Justicia Social a una justicia preventiva”.

Conclusiones

El estudio arrojó unos resultados asombrosos que remarcaron las conclusiones, debido a que todos los agentes entrevistados citaron encontrarse ante un tipo de violencia dual y democrática, en el que los agentes directos implicados, sufren por igual. Por un lado, encontramos una respuesta afirmativa ante la existencia de otras medidas para prevención en y de la VFP, dentro de las habilidades sociales. Por otro, todos los profesionales y la experta-investigadora del ámbito de Justicia, señalaron que el uso de la empatía en las intervenciones, han tenido unos resultados excelentes. Además, propusieron promover áreas de estudio, que conjugasen la violencia filio-parental y las habilidades sociales, mediante la modulación, motivación y empoderamiento hacia una reinserción integral; a través de un abordaje preventivo que derive en una intervención ágil, eficaz y coordinada. A nuestro parecer, esta investigación no estaría completa si no se realizaba un estudio en torno a cómo se formulan y concluyen los programas de intervención en y de la VFP, desde la empatía.

Análisis de los programas de intervención de violencia filio-parental en torno a la empatía

Planteamiento

Este estudio surge para intentar dar respuesta a una conjunción de propuestas surgidas en las investigaciones anteriores. La primera, si se podría plantear la empatía como un aspecto innovador en las intervenciones socio-familiares para atenuar posibles casos de violencia filio-parental. La segunda, tras haber consultado a diferentes profesionales relacionados con las intervenciones, la respuesta a la primera premisa fue unánime al concebir la empatía como una habilidad social muy importante en las intervenciones y que ofrecía excelentes resultados. La unión de ambas, planteó el dilema de si, en los programas de intervención de VFP se trabajaba la educación basada en valores empáticos como un constructo modulador de promoción y como un recurso psicosocial emergente preventivo de la violencia filio-parental (Somovilla, et. al., 2016, pp. 115).

Materiales

Los programas analizados bajo un análisis interpretativo y discursivo, han sido diez. Según Abadías (2010), cinco de ellos corresponden a los programas más distintivos a nivel nacional, y que de forma mayoritaria se llevan a cabo en los Centros de Intervención de Menores Infractores (CIMI), son:

- Programa Abarca, de Fundación Diagrama. Elaborado por Emilio Fernández González, Director del CIMI “El Limonar”, de Sevilla. Este programa realiza un modelo de intervención judicial.
- Programa de Tratamiento Educativo y Terapéutico por Maltrato Familiar Ascendente. Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (conocido como Programa ARMMI). Este programa realiza un modelo de intervención judicial.
- Programa de Intervención con Familias y Menores con Conductas de Maltrato, llevado a la práctica en La Colonia San Vicente Ferrer. Elaborado por María José Sánchez, María José Ridaura y Cristina Arias. Este programa realiza un modelo de intervención Judicial.
- Protocolo de intervención en Violencia Filio-Parental, Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. Elaborado por Roberto Pereira, Lorena Bertino, Juan Carlos Romero y María Luisa Llorente. Este acomete un modelo de intervención clínica.
- Prevención de la Violencia Filio-Parental: El Modelo Cantabria. Este proyecto ha sido realizado por el Dr. Garrido Genovés, el Instituto Cántabro de Servicios Sociales y entidades que colaboran con el Gobierno de Cantabria en la ejecución de medidas judiciales. Este programa aborda un modelo de intervención clínica y de Servicios Sociales.

Además, se aportan cinco programas más, tres de los cuales han sido rescatados del libro de Actas del II Congreso de Violencia Filio-Parental, y los dos restantes han sido localizados a través de las páginas webs de sus asociaciones:

- Abordaje Sistémico en casos de Violencia Filio-Parental. Este programa fue presentado por Rosario Lobato. Además, esta metodología es compartida por la Asociación Filio, que a través de los movimientos sistémicos trabaja la técnica del psicodrama⁸. Este instrumento es aconsejado en el abordaje con familias.
- El modelo del Servicio ADOPTIA. Este programa fue expuesto por Alberto Rodríguez y Javier Mugica, Psicólogo y Psicoterapeuta especializados en la intervención realizada en aquellas familias con menores adoptados.
- Programa de Intervención Familiar Especializado en violencia filio-parental. Este se lleva a efecto en el Centro Hobetzen de Berritzu. Es un programa de la Diputación Provincial de Bizkaia, Responsabilidad del Servicio de Mujer e Intervención Familiar (Llamazares, 2017, pp.106).
- Programa RECURRA GINSO, elaborado por Javier Urra en 2012, lo llevan a la práctica en su sede de Madrid, abierta desde 2011. Realizan una atención ambulatoria y residencial mediante una intervención integral (tratado desde el problema) e individual con el menor y puntual con progenitores y hermanos (en caso de necesidad). Además entre otras tareas, trasladan a los hijos el esfuerzo que realizan sus padres por lograr una reconciliación; y a los padres el voluntad de cambio de los hijos hacia el restablecimiento de la relación.
- Amalgama 7, atención terapéutica y educativa para adolescentes, jóvenes y sus familias. Esta Asociación realiza funciones sociosanitarias ambulatorias en Barcelona, Madrid; sociosanitarias residenciales en Valldura, Julià Romea y Vallcarca y tienen un hogar de soporte para la reinserción social en Valldaura Nou. Aunque es un centro privado, formalizan convenios con administraciones, ya que atienden a sus tutelados adolescentes. Llevan a efecto un

⁸Representación en vivo de los problemas que el paciente plantea en terapia Checa, Cara, Jiménez y Knappe (2017, pp. 312).

programa de reinserción del menor con atención integral, bio-psico-socioeducativa y legal. Ofrecen terapias a los menores y sus familiares (incluidos los hermanos), mediante una atención individual y grupal.

Con todos ellos se realiza una revisión en torno al tipo de intervención que acometen, se presta atención al abordaje novedoso que introduzca herramientas como las habilidades sociales (la empatía), de forma implícita o explícita. Además, se tiene en cuenta las habilidades necesarias que deben tener los educadores (profesionales) para actuar en las intervenciones. Otro rasgo a tener en cuenta son los resultados de los programas. Por último, va a despertar nuestro interés aquel aspecto que sea innovador y que justificado en la literatura científica, salga a ampliar nuevas vías de investigación.

Recogida de información

La recogida de información, en torno a los programas de intervención nacionales relativos a la VFP, se realiza a través de una búsqueda exhaustiva en Google Académico, revisión de artículos, libros, folletos y documentos científicos (prospectiva y retrospectiva), bases de datos (Scopus, Dialnet, etc), Libro de actas del II Congreso Nacional de Violencia Filio Parental y la colaboración de la dos profesionales en VFP. La presidenta de la Asociación Filio (de Málaga), Mariela Checa, y un psicólogo especializado en VFP (de la provincia de Málaga), colaboraron en este trabajo y nos facilitaron, los tratamientos terapéuticos que emplean en sus consultas. Además, la presidenta de Filio nos ofrece una amplia información en torno a otras asociaciones a nivel estatal.

Resultados

En este estudio se han analizado diez programas de intervención en torno al tratamiento en y de la VFP. Del análisis discursivo se extraen cuatro repertorios interpretativos principales e intrínsecamente relacionados entre sí y uno alternativo. El primero, “Ya que estamos bailando, bailemos” trata de los distintos modelos de intervención trabajados en los centros, Clínica, Judicial, Servicios Sociales y Centros Educativos. El segundo, “Enseñar exige saber escuchar” recoge aquellas habilidades que los educadores y profesionales deben tener para realizar un abordaje de calidad. El tercero, “Responsabilizar no es culpar, es educar” responde al tratamiento integral recibido por progenitores y menores, en el que se les invita a responsabilizarse de la situación que les ha llevado hasta ahí, pactar un compromiso de no violencia y reeducar sus emociones, habilidades y estrategias, que les ayuden a resolver sus conflictos. El cuarto, “Las cosas bien pensadas, bien acertadas” comprende los resultados de los programas que realizan un modelo de intervención familiar integral y argumentan una reeducación emocional y en habilidades. Además, surge un repertorio interpretativo alternativo “Y a mí, ¿quién me cuida?” referido a aquella intervención extensible desde la prevención y la participación de la familia⁹.

Conclusiones

En este trabajo se ha analizado la importancia de la empatía en algunos de los programas de intervención que se brindan para abordar la VFP a nivel nacional. Si retomamos la pregunta que se plantea en este estudio ¿Cómo se construyen los programas de intervención de violencia filio-parental en torno a la empatía?, podemos concluir que la empatía (entre otras habilidades sociales, como la asertividad) es considerada una herramienta esencial en la intervención por la mayoría de los profesionales que elaboran los programas. En consonancia a lo aportado por Gómez (2011), la empatía refuerza las habilidades de comunicación; además, de unir de forma especial a madres e hijos (Staub, 1992). De la misma manera, esta facilita el control de la ira (González, García, Graña, Morán, Gestería, Fernández, Moreno y Zapardiel, 2013). De forma explícita, se muestra la importancia del modelo sistémico en la intervención sobre la VFP. Así mismo Checa, Cara Jiménez Knapper (2017), señalan como algo innovador el uso de técnicas como el psicodrama¹⁰ dentro de este modelo. Es muy reconfortante poder revelar que los directores que han formulado los programas, consideran la empatía (entre otras habilidades sociales, como la asertividad) como una destreza indispensable en los educadores/profesionales que realizan la intervención.

En relación al tipo de intervención que se debe seguir ante este fenómeno, todos los programas responden a una integral e individualizada. Con cinco tipos de sesiones diferentes que se dan de forma simultánea, las individuales y colectivas por parte de los progenitores y los menores, y la que ambos realizan de forma conjunta; implicando así a los agentes partícipes en este tipo de violencia, como apuntaba Rojas, Vázquez y Llamazares (2016). También, esto viene a conciliar la reeducación que necesitan los progenitores ante un modelo educativo inadecuado (FGE, 2017). El pacto de no violencia

⁹Entendiendo por familia, al núcleo familiar constituido por los progenitores y sus descendientes.

¹⁰Representación escénica de los sentimientos y emociones en terapia.

y la toma de responsabilidad, así como la reflexión sobre las consecuencias de sus actos, les permite forjar nuevos vínculos que les facilita una reeducación en habilidades y valores (Staub, 2012), permitiendo valorar sus emociones y formular nuevos modos de resolver los conflictos. En consecuencia, se promueve una reintegración familiar y social.

Es esperanzador comprobar la existencia de recursos especializados, que garantizan asistencia y Justicia Social a progenitores y menores, ante el fenómeno de la VFP. Cualquiera que sea el punto de entrada a este proceso de intervención, disponen de una cobertura hegemónica e integral.

En torno a los resultados, es necesario recalcar que la totalidad de los programas subrayan buenos resultados, con la intervención formulada. Esto viene a remarcar el descenso de datos aportados desde la FGE (2017); a pesar de que recomienda terapias preventivas desde las instituciones, en pro de evitar llegar a la vía judicial.

Resultados generales

Tomadas juntas las discusiones de las tres investigaciones, se verifican coincidencias de forma explícita e implícita, en los resultados. Para llegar a esto, se recogen estrategias discursivas que por asimilación va a permitir una vinculación de las estrategias discursivas, formuladas desde los diferentes contextos de y en la VFP.

Tabla 1
Presenta el enlace de los repertorios interpretativos

ESTUDIO 1	ESTUDIO 2	ESTUDIO 3
RI _{1,1} : La enseñanza es la obligación de la escuela, pero la educación es el privilegio de la familia	RI _{2,1} : Descifrando el delito más democrático.	RI _{3,1} : Ya que estamos bailando, bailemos. RI _{3,2} : Enseñar exige saber escuchar.
RI _{1,2} : Despatologizar la violencia es cuestión de límites.	RI _{2,3} : El secreto: una manzana envenenada.	RI _{3,3} : Responsabilizar no es culpar, es educar.
RI _{1,3} : El cóctel sin valores ni respeto	RI _{2,2} : Frustración en la monarquía	RI _{3,3} : Responsabilizar no es culpar, es educar.
REPERTORIOS	INTERPRETATIVOS	ALTERNATIVOS
RI _{1,4} : La empatía.	RI _{2,4} : De una Justicia Social a una Justicia Preventiva	RI _{3,5} : Y a nosotros, ¿quién nos cuida? RI _{3,4} : Las cosas bien pensadas, bien acertadas.

La tabla 1 muestra la vinculación de los repertorios interpretativos con estrategias discursivas compartidas o similares.

Los repertorios interpretativos RI1.3, RI 2.2 y RI 3.3, son el soporte principal del ensamblaje discursivo que aparece en los tres estudios, donde la carencia de habilidades en los progenitores a la hora de educar fomenta un espacio de convivencia sin normas ni límites. Este modelo educativo, huérfano en respeto, valores y habilidades sociales, forja un pilar inestable en sus cimientos emocionales y comunicativos, a la vez que promueve una baja tolerancia a la frustración en los menores. Esto se ve reflejado en los siguientes extractos.

Extracto RI 1.3: “Nunca pusieron límites, nada tiene que ver dar cariño con darle todo y decirle a todo que sí (...) Nunca le dijeron un no y fue adquiriendo cada vez más poder. El niño o la niña no aprendió la tolerancia a la frustración (...) para las familias supone una vergüenza de cara a la sociedad, cara a su círculo cercano, exponer que tienen una situación como esta... y sobre todo cómo plantearlo en la sociedad que vivimos”

Extracto RI 2.2: “(...) a los padres hay que devolverles la autoridad, hay que enseñarles a ellos, en cuanto a *autoritas*, deben tener esa autoridad e imponer límites”

Extracto RI 3.3: “Se trata de mostrarles que son protagonistas y responsables de los procesos de aprendizaje de sus hijos, de hacerles ver su parte de responsabilidad en el origen y/o mantenimiento de la conducta violenta del menor, fomentando al mismo tiempo su condición de agentes de cambio en la dinámica familiar (...) Se aborda el tratamiento de los síntomas asociados a las personas violentas, centrándonos en el entrenamiento en la adquisición de empatía y habilidades básicas de comunicación y solución de problemas

En el RI 1.1 se fortalece la idea de que la educación debe ser instruida desde los pilares básicos de socialización, familia y escuela principalmente. Y para ello, se hace necesario trabajar la prevención en y desde ambas instituciones a fin de alcanzar una reeducación y reinserción del menor y los progenitores, en la familia y en la sociedad. Además, intrínsecamente ligados a éste se encuentra el RI 2.1 que desvela un tipo de violencia en el que las personas víctimas y agresoras sufren y por igual, y que se da

en casi todas los niveles sociales, aunque preferiblemente en las clases medias y medias altas. De ahí que se enlace con el RI 3.1 al necesitar de una actuación integral donde el problema pueda ser rescatado desde cualquier entrada, hacia una intervención completa. También, como garante institucional, se provee de profesionales con la formación, motivación y habilidades necesarias para poder transferirlas en las intervenciones. Esto facilitará la forja de un vínculo que les permitirá indagar y conseguir mediante la escucha y la observación, la formulación de esas necesidades sentidas y expresadas que les han llevado hasta allí. Lo importante es que estas habilidades les van a proveer de las herramientas y estrategias necesarias para salir de la autoexclusión social y familiar a la que se han visto sumidas, donde la culpa y la vergüenza son dos grandes losas que arrastran a las familias a un fondo insalvable. Por ello, solo liberándolos de la culpa y favoreciendo la reconstrucción de vínculos de apego se les permita reestablecer y reintegrarse como unidad familiar y como un pilar social equilibrado. Esto se muestra en la siguiente línea argumental.

Extracto RI 3.2.: “Deben encontrar en nosotros, no solo profesionales, sino también personas que comprenden y empatizan con sus sentimientos. Esto es de vital importancia para establecer con las familias un vínculo personal que nos permita nuestra intervención profesional. Si confían en nosotros como personas, lo harán como profesionales. (...) Los profesionales tenemos que ser personas cercanas, comprensivas y empáticas y transmitir de modo claro que estamos intentando dar soluciones a las familias”.

Y es que los menores necesitan sentirse escuchados y educados en valores, para poder empezar a configurarse de una personalidad sana, que no les haga sentirse culpables e indefensos, ante las exigencias de la sociedad actual. De lo contrario, se legitimarán como seres impulsivos, con un rechazo indiscutible ante el no, la autoridad y el control parental, ya que se autoproclaman, (a través de la herramienta del miedo) con el poder y control del hogar, así como únicos receptores de múltiples derechos y ninguna obligación. Este hecho se muestra a continuación.

Extracto RI 1.2: “De los niños, eso, falta de control de impulso, que no admiten un no, por respuesta (...) quiere ser el dueño de la casa y hacer lo que le da gana. No respetar ninguna norma ni límites (...) el niño está muy mal criado y cuando es más grande y no tiene lo que quiere, se le va la pinza (...) mi padre, yo le dije <<que eres un vago>> (...) tengo dieciocho años y a mí no me tocáis ni de coña (...) me levantó la mano y le cogí la mano, lo cogí del cuello y lo estampé contra la pared y le dije <<si tienes huevos, hazme algo>> (...) me decían <<tú el coche no lo coges>> y yo <<¿Qué yo me voy a ir en autobús?>>, y hasta que conseguía el coche, que siempre lo conseguía, vamos.”

La necesidad de realizar una intervención proactiva a progenitores y menores queda patente, donde la reeducación parte de la corresponsabilidad adquirida desde las instituciones, profesionales, progenitores y menores. Esto se ve reflejado en el siguiente extracto.

Extracto RI 2.3: “(...) existen muchas resistencias para reestablecer los roles, en ocasiones los menores conocen tan bien a los padres, que saben qué conductas tener para provocar a los padres (...) un padre o una madre denuncian a un niño, en Fiscalía, eso es lo peor que debe de haber en el mundo (...) el sentimiento de culpabilidad es enorme y algo yo he hecho mal, para que esto me esté pasado a mí (...). Pero estamos teniendo lo que hemos criado, lo que hemos querido (...)

Por ello, las intervenciones se realizan de forma integral y a la unidad familiar, ya que todos son copartícipes de este tipo de violencia y todos sufren por igual, de manera que se tiene en cuenta las habilidades sociales como herramienta comprensiva de su situación. Es por ello que a modo preventivo aparezcan discursos alternativos; en un proceso dinámico como es la VFP, las alternativas a prevenirla, también deban ser emprendedoras. En vista a necesitar nuevas fórmulas de prevenir e inhibir este fenómeno, surgieron los RI 1.4, para dar cabida a la empatía como habilidad social necesaria en el desenlace de la VFP, el RI 2.4 hace hincapié en la necesaria intervención coordinada de una justicia preventiva, para evitar llegar a la Justicia Social y el RI 3.5, confronta la intervención hacia aquellas personas que componen la unidad familiar y los cuales, también sufren este tipo de violencia, aislados, en silencio, sin intervención y sin herramientas adecuadas para afrontar el conflicto. Este sería un ejemplo.

Extracto RI 3.5: “La empatía consiste en dos elementos: ponerse en el lugar del otro y ser capaz de dar a entender al otro que nos estamos poniendo en su lugar (...) Considerar la empatía como una ayuda para el control de la ira y la conducta violenta (...) Promover la empatía en todos los miembros de la familia (...) Promover la corresponsabilización por parte de todos los miembros de la familia y el intercambio positivo (...) las terapias en familia, donde el psicólogo trabaja con padres e hijo, y en su caso hermanos.”

Por último, el discurso presentado por el RI 3.4 se encuentra estrechamente vinculado a las aportaciones realizadas desde las propuestas alternativas. Éste ofrece unos resultados muy positivos, que

invita a entablar nuevas fórmulas de intervención con resultados muy efectivos. Dado que tras aplicar en sus programas de intervención actividades educativas que favorecen el aprendizaje de las habilidades sociales, como la empatía y la asertividad; también mencionan una baja tasa de reincidencia, pero una gran mayoría son debido a la confluencia de otros factores, como los actos vandálicos y el consumo de tóxicos.

Extracto RI 3.4: “El Programa ABARCA los resultados alcanzados son muy satisfactorios. (...) Programa ARRM, estas magníficas cifras son posibles gracias a un trabajo profesional y vocacional, a la dedicación y entrega del personal de “El Laurel”, a la atención individualizada que los chicos y sus familias reciben, y, por supuesto, a la confianza que los menores y sus padres demuestran en el ARRM y a la voluntad de cambio con la que unos y otros trabajan. La tasa de reincidencia en este tipo de delitos sea realmente baja, del 3,4% desde que se puso en marcha este programa, en 2007, y de solo el 2,4% en 2012”.

Conclusiones generales

En los tres estudios presentados se muestran las estrategias discursivas en la construcción de la violencia filio-parental, desde el ámbito social, como son: el ámbito académico, la familia, profesional-experto en investigación jurídica y programas de intervención. Se trata de esferas distintas que se encuentran intrínsecamente enlazadas unas con otras. Por ello, los discursos se articulan sin límites dentro de los diferentes universos, donde la retroalimentación demanda su relación simbiótica. Esto es, desde el ámbito académico se construye el conocimiento especializado, que afianza el experto (mediante la instrucción de estudiantes, la educación, la investigación y /o la intervención). A su vez, el ámbito experto, se nutre de la confluencia de colaboraciones, mediante la transmisión de teorías y experiencias. Las familias, a su vez, forman parte del conjunto de expertos, ellas tienen la base que fundamenta toda la teoría, ya que es a partir de la expresión en la identificación de sus necesidades, donde los profesionales comienzan a programar sus intervenciones. Y es que, la evaluación final de estos programas son los que permiten analizar las intervenciones llevadas a cabo dentro de los programas junto a los resultados. Los logros alcanzados (sobre todo si son negativos), van a reconducir a una nueva deducción teórica, nuevas investigaciones y nuevas experiencias. Cuando los resultados son positivos, se busca mejorarlos. Para ello, se analizan las debilidades y amenazas dentro de programas, instituciones y familias, con el fin de realizar una verdadera intervención de calidad.

En una primera etapa se intentó diseñar un proyecto de investigación, con la finalidad de adquirir técnicas de investigación ante una realidad social. Para ello, se nos invitó a utilizar una metodología cualitativa, a través de la cual poder descubrir las temáticas que construyen un fenómeno social emergente, como es la VFP desde las diferentes esferas que la encierran.

Se concluyó que cuando se habla de VFP, desde los diferentes contextos que la envuelven, se hace desde una educación parental malograda carente de normas, límites y valores; donde los menores mediante el miedo se hacen con el control y el poder del hogar tras una inversión de roles. También, se alude a diferentes factores sociales que inciden en su surgimiento, mantenimiento y cronificación, mediante un autosentimiento al ostracismo familiar (Bobic, 2002) a través de la cultura del silencio, por la vergüenza al qué dirán (Pereira 2011). Cabe señalar que es aquí donde aparece la empatía como argumento preventivo y paliativo en y de la VFP; así como la formulación de dos cuestiones: si existirían otras medidas para prevenir la violencia filio-parental y si se podría plantear la empatía como un aspecto innovador en las intervenciones socio-familiares para atenuar posibles casos de VFP (Somovilla et. al., 2016).

En la segunda etapa, se lleva a efecto la elaboración del Trabajo Final de Grado, del Grado de Trabajo Social. Para ello, se propuso dar continuidad a la investigación anterior, y es el motivo por el que se pensó dar respuesta a las cuestiones que en él se enunciaron.

Este estudio concluyó que los principales agentes afectados por este tipo de violencia (progenitores y menores), los profesionales y la experta investigadora jurídica, incidieron en la importancia de la empatía en el tratamiento de este fenómeno social. Así mismo, resaltaron los excelentes resultados de las intervenciones que lo llevaban a la práctica. Además, surgió un discurso alternativo que deconstruyó todo lo aportado por el resto de participantes, y que confirmaba la existencia de otras medidas para prevenir la VFP. La respuesta se planteó desde la coordinación real de todas las instituciones públicas, a fin de poder pasar de una Justicia Social a una justicia preventiva; evitando así alcanzar la vía judicial. Por último, se estimó que para completar este estudio habría que analizar los programas de intervención que se utilizan para trabajar este tipo de violencia.

En la tercera fase, para formular el Trabajo Final de Máster, del Máster de Investigación e Intervención Social y Comunitaria, se decide contribuir a la continuidad del estudio, y para ello se analizan diez programas de intervención en VFP nacionales; así como la aplicación de la empatía en éstos.

Se concluye que la relevancia de la empatía en los programas de intervención queda claramente demostrada por los resultados. Las distintas asociaciones la incorporan en sus programas, y la formulan y aplican con múltiples herramientas, con la finalidad de adaptarse al problema y a la familia. Esta habilidad deben poseerla los profesionales de la intervención para poder transmitir el conocimiento de ésta, a los menores y sus progenitores. Es necesario destacar que, la empatía promueve el control de la ira (González, García, Graña, Morán, Gestería, Fernández, Moreno y Zapardiel, 2013) y la resolución de conflictos; por ello esta habilidad debe ser trasladada a todos los miembros de la familia. También se hace referencia a la importancia de realizar una intervención integral en la que menores y sus progenitores deben participar de la corresponsabilización, reeducación y reinserción; puesto que ambos son parte activa y pasiva del problema y ambos sufren por igual.; extensión que se promueve al resto de la familia.

En conclusión, el resultado más obvio que demuestra este estudio es la existencia otros medios de tratar la VFP. Así mismo, se muestra la efectividad real de los programas de intervención que formalizan entre sus contenidos actividades encaminadas al desarrollo de la empatía. Sin embargo, remitiéndonos a la definición aportada por SEVIFIP (2015) y los datos extraídos del INE (2016), nos preocupa esa figura que también sufre VFP y son los que están al cargo de los menores. Se va a dar por entendido que debido a las nuevas tendencias sociales y familiares, es una realidad que los abuelos han pasado al cuidado de sus nietos, y es aquí donde subyacen esas personas que acuña dicha definición. Se han aportado datos muy interesantes en base al número de denuncias realizadas por los abuelos y pese a ello, en ningún programa queda reflejado la intervención a esta figura. Y es aquí donde surge la pregunta ¿quién les cuida a ellos?, ¿qué tipo de intervención reciben? ¿Cabría ampliar el concepto de familia, como aquella que unida por lazos de consanguinidad, afectivo y/o económico, se dedican al cuidado de los menores? Como siempre, se considera que la complejidad de este fenómeno avanza muy rápido, por lo que su evolución sempiterna deja nuevas vía a investigar.

Referencias

- Abadías, A. (2015). *La violencia filio-parental y la reinserción del menor infractor. Consideraciones penales y criminológicas*. (Tesis doctoral). UNED. Recuperado de: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Derecho-Aabadias/ABADIAS_SELMA_Alfredo_Tesis.pdf
- Amalgama7 (s.f.). *Modelo Amalgama7*. Recuperado de: <http://www.amalgama7.com/modelo-amalgama7/>
- Aroca, C. (2010). *La violencia filio-parental: una aproximación a sus claves*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia.
- Aroca, C., Cánovas, P. y Alba, J. (2012). Características de las familias que sufren violencia filio-parental: un estudio de revisión. *Educatio Siglo XXI*, 30 (2), 231-254.
- Aroca, C., Lorenzo, M. y Miró, C. (2014). La violencia filio-parental: un análisis de sus claves. *Anales de psicología*, 30 (1), 157-170. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.149521>
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bermejo, J.C. y Martínez, A. (2006). *Motivación e intervención social. Cómo trabajar con personas resistentes al cambio*. Santander: Sal Terrae.
- Berrocal, P. y Ruíz, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa* 15, Vol 6(2), pp. 421-436. Recuperado de: <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?256>
- Bobic, N. (2002). Adolescent Violence Towards Parents: Myths and realities Sydney, N. S. W. Recuperado de: http://burnside.slimlib.com.au:81/docs/Parent_abuse.pdf
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Calvete, E., Orue, I., Bertino, L., Gonzalez-Díez, Z., Montes, Y., Padilla, P., & Pereira, R. (2014). Child-to-Parent Violence in Adolescents: The Perspectives of the Parents, Children, and Professionals in a Sample of Spanish Focus Group Participants. *Journal of Family Violence*. 29(3), 343-352. DOI: 10.1007/s10896-014-9578-5
- Cazorla-Palomo, J., y Bernal-Cisneros, S. (2014). Ética aplicada en la investigación del Trabajo Social: la mirada ética como eje vertebrador de la investigación social.. *Trabajo Social Global. Revista de Investigación en Intervención Social*, 4(7), 3-19. Recuperado de <http://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/2508>

- Checa, M. A., Cara, M., Jiménez, A.B. y Knapper, C. (2017). Trabajando la violencia filio-parental a través de los movimientos sistémicos: el uso de los muñecos. *En Actas del II Congreso Nacional de Violencia Filio-Parental* (pp.312-319). Madrid. EOS.
- Consejo General del Poder Judicial (2016). *Convenio Marco de colaboración entre el Consejo General del Poder Judicial y la Sociedad Española para el Estudio de la Violencia Filio-Parental*. Recuperado de: <http://sevifip.org/index.php/2013-10-26-21-53-45/publicaciones/24-convenio-consejo-general-del-poder-judicial-y-sevifip/file>
- Cottrell, B. (2001). *Parent abuse: The abuse of parents by their teenage children*. The Family Violence Prevention Unit, Health Canada.
- Cuervo, A., Rechea, C. (2010). Menores agresores en el ámbito familiar. Un estudio de casos. *Revista de derecho penal y criminología*, 3, 353-375. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:revistaDerechoPenalyCriminologia-2010-3-5090/Documento.pdf>
- Domènech, M. e Íñiguez, L. (2002). La construcción social de la violencia. *Athenea Digital*, 2. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/athenea/article/viewFile/34105/33944>
- Domínguez, L. y Montalbán, F.M. (2014). Estrategias discursivas de normalización en la producción audiovisual sobre la homoparentalidad. *Arbor*, 190, 1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2014.769n5005>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2000). *Definición de Trabajo Social*, Asamblea General de Montreal (Canadá). Recuperado de www.ifsw.org.
- Fernandez, E. (s.f.). Programa ABARCA. Una intervención integral en el tratamiento de la violencia filio-parental. *Observatorio Internacional de Justicia Juvenil*. Recuperado de: <http://www.oijj.org/es/user?destination=docs/general/programa-abarca-una-intervencion-integral-en-el-tratamiento-de-la-violencia-filioparent>
- Feshbach, N.D. & Feshbach, S. (1969). The relationship between empathy and aggression in two age groups. *Developmental Psychology*, 1, 102-107.
- Fiscalía General del Estado (2009). *Memoria 2009*. Recuperado de: https://www.fiscal.es/fiscal/publico/ciudadano/documentos/memorias_fiscalia_general_estado/!ut/p/a0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz-0vMAfGjzOI9HT0cDT2DDbwsgozNDBwtjNycnDx8jAawszPQLsh0VAQluD0w!/?selAnio=2009
- Fiscalía General del Estado (2017). *Memoria 2017*. Recuperado de: https://www.fiscal.es/memorias/memoria2017/FISCALIA_SITE/index.html
- Foulcault, M. (1999). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.
- Garrido, V. (2006). *Los hijos tiranos: el síndrome del emperador*. Barcelona: Ariel.
- Garrido, V. (2012). Prevención de la violencia filio-parental: El modelo Cantabria. Recuperado de: <http://www.xiass.cat/somos-la-xarxa/bibliografia/prevencion-de-la-violencia-filio-parental-el-modelo-cantabria/>
- Gómez, R. (2011). Una metodología de intervención social. Aplicación práctica de la relación de ayuda desde el método de Trabajo Social. *Revista Documentos de Trabajo Social*, 47, 168-183. Recuperado de: http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/47_11.pdf
- González, M., García, M.P., Graña, J.L., Morán, N., Gestería, C., Fernández, I., Moreno, N. y Zapardiel, A. (2013). Programa Tratamiento Educativo y Terapéutico por maltrato familiar ascendente. Recuperado de: <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/BVCM018053.pdf>
- Ibabe, I. (2007). Perfil de los hijos adolescentes que agreden a sus padres. Investigación realizada en la C.A.V. Vitoria-Gazteiz. Recuperado de: <http://www.avpap.org/documentos/alava2007/violenciafilioparental.pdf>
- Ibabe, I. (2015). Predictores familiares de la violencia filio-parental. El papel de la disciplina familiar. *Anales de psicología*, 31 (2), 615-625. doi:<http://doi.org/10.6018/analesps.31.174701>
- Instituto Nacional de Estadística (2016). *Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género. Año 2015*. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np972.pdf>
- Llamazares, J.A. (2013). Programa de Intervención familiar especializado en violencia filio-parental en el Centro Hobetzen. *En Actas del II Congreso Nacional de Violencia Filio-Parental* (pp.106-118). Madrid. EOS.
- Lobato, R. (2017). Abordaje sistémico en casos de violencia filio-parental. Reflexiones sobre la práctica. *En Actas del II Congreso Nacional de Violencia Filio-Parental* (pp.278-280). Madrid. EOS.
- Mestre, V., Samper, P. y Fías, D (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores del comportamiento prosocial y agresivo: la empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14, 2, 222-232. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/713.pdf>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*. Recuperado de http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/laDelegacionInforma/pdfs/DGVG_INFORMA_LEYES_INFANCIA.pdf
- Moya, L., Herrero, N. y Bernal, C. (2010). Bases neurales de la empatía. *Revista neurológica* 50 (2) 89-100. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5002/bd020089.pdf>
- Olmedo, P. y Montes, B. (2009). Evolución conceptual de la Empatía. *Revista electrónica de la Universidad de Jaén*, 4. Recuperado de: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/307/289>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Preámbulo de la Constitución de la Asamblea de la Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19- 22 junio.
- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach: Coercitive family process*. Vol. 3. Eugene, Oregon: Castalia.
- Peek, W., Fisher, J., & Kidwell, J. (1985). Teenage violence toward parents: A neglected dimension of family violence. *Journal of marriage and the family*, 47, pp.1051-1060.
- Pereira, R. y Bertino, L. (2009). Una comprensión ecológica de la Violencia Filio-Parental. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 21, 69-90.
- Pereira, R. (2011). *Psicoterapia de la violencia filio-parental: entre el secreto y la vergüenza*. España: Ediciones Morata, S. L.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behavior*. London: Sage.
- Potter, J., Stringer, P. & Wetherell, M. (1984). *Social texts and context: Literature and social psychology*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Pereira, R. Bertino, L., Romero J.C. y Llorente, M.L. (2006). Protocolo de intervención en violencia filio-parental. *Revista Mosaico*, 36, 1-11. Recuperado de: http://www.euskarri.es/images/stories/articulos/Protocolo_de_intervencion_en_VFP_Pereira_R.pdf
- Ridaura, M. J. [ADEIT – Fundación Universidad-Empresa de la Universitat de València]. (2015, Febrero 16). Entrevista a M^a José Ridaura – Diploma de Violencia Filio Parental [Archivo de vídeo].
- Rodríguez, A. y Mugica, J. (2017) Taller: claves para la comprensión y manejo de las situaciones de violencia en personas adoptadas y sus familias: el modelo del servicio ADOPTIA. *En Actas del II Congreso Nacional de Violencia Filio-Parental* (pp.295-311). Madrid. EOS.
- Rojas-Solís, J.L., Vázquez-Aramburu, G. y Llamazares-Rojo, J.A. (2016). Violencia filio-parental: una revisión de un fenómeno emergente en la investigación psicológica. *Ajayu*, 14 (1): 140-161. Recuperado el 21 de marzo de 2017, de: <http://www.aacademica.org/dr.jose.luis.rojas.solis/23.pdf>
- Roncero, D. (2012). Relación entre empatía y agresión en delinquentes juveniles violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 12, pp. 25-45. Recuperado de: <http://www.masterforense.com/pdf/2012/2012art2.pdf>
- Sánchez, J., Ridaura, M., y Arias, C. (2010). Manual de intervención para familias y menores con conductas de maltrato. Valencia. Tirant to Blanch.
- Sánchez, J., Ridaura, M.J. y Arias, C. (2010). Programa de intervención con familias y menores con conductas de maltrato. *Monográfico XIII Jornadas Asociación Proyecto Hombre* pp. 33-43. <http://www.proyctohombre.es/archivos/101.pdf>
- Sears, R., Maccoby, E. & Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Row & Peterson: Illinois.
- SEVIFIP (2015). *I Congreso Nacional de violencia filio-parental. Libro de Actas*. Madrid. Editorial EOS.
- Sisto, V. (2012). Discourse Analysis and Psychology: Twenty Years after Discursive Revolution. *Revista de Psicología*, 21, 1, p 187-189. Recuperado de [file:///C:/Users/eva/Downloads/19994-61389-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/eva/Downloads/19994-61389-1-PB%20(2).pdf)
- Somovilla, E., Aguilera, J., Berrocal, R. y Domínguez, L. (2016). Análisis discursivo de la violencia filio-parental: ámbito profesional y familiar. *Trabajo Social Global. Revista de Investigación en Intervención Social*, 6 (10), 96-120. Doi: <http://hdl.handle.net/10481/41931>
- Somovilla, E. (2016). La construcción de la violencia filio-parental y la empatía como herramienta moduladora. (Trabajo Final de Grado, no publicado). Universidad de Málaga, Málaga.
- Staub, E. (1978). *Positive social behavior and morality: Vol. 1. Social and personal influences*. New York: Academic Press.
- Staub, E. (1986). A conception of the determinants and development of altruism and aggression: Motives, the self, the environment. In Zahn-Waxler, C. (Ed), *Altruism and aggression: Social and biological origins* (pp, 135-164). New York: Cambridge University Press.
- Staub, E. (1992). Comentario sobre la primera parte. En N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *La empatía y su desarrollo* (pp.117-130). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

- Trujillo, J.J., Sahagún, M., Cárdenas, R y Ramírez, A.F. (2016). Las consecuencias de la violencia filio-parental reflejadas en una historia de vida. *Cuadernos de Trabajo Social*, 29 (1), 119-128. Doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2016.v29.n1.47159
- Urta, J. (2012). *Programa RECURRA*. Recuperado de: <http://www.recurra.com/>
- Wetherell, M. y Potter, J. (1996). El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En Gordo, A., y Linaza, j. (comps.), *Psicologías, discursos y poder* (pp. 63-78). Madrid: Visor.
- Wispé, L. (1992). Historia del concepto empatía. En N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *La empatía y su desarrollo* (pp.27-48). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

La autopsia psicológica

Trabajo Fin de Grado de Julia Beatriz Cano López,
tutorizado por Manuel Jiménez Hernández

Resumen

La autopsia psicológica, desde su nacimiento en la década de los 60, se ha usado como método de investigación retrospectiva en los casos de muertes equívocas. Estudia el estado psicológico de la víctima antes del suceso, para así determinar si pudo ser un suicidio. Debido al auge de esta herramienta la comunidad científica se ha percatado de una serie de limitaciones metodológicas que han de ser abordadas con el propósito de mejorar su fiabilidad y validez. Una de las metas principales es su estandarización para su uso operacional. A pesar de estas limitaciones, la autopsia psicológica es una de las herramientas más usadas en el estudio de los suicidios consumados, no sólo en psicología clínica, sino también en el ámbito forense. Su objetivo último es proporcionar información sobre los factores implicados en la conducta suicida que permita diseñar estrategias de prevención efectivas para este problema mundial de salud pública.

Palabras clave: autopsia psicológica; suicidio; conducta suicida; prevención e informantes clave.

Abstract

Since the creation of the psychological autopsy in the decade of 1960, this tool has been used as a retrospective method of research in cases of equivocal death, studying the psychological state of the victim before the incident, to determine if it could be a suicide. Due to the rise of this tool, the scientific community has been aware of a number of methodological limitations that have to be addressed in order to improve its reliability and validity. One of the main goals is your standardization for operational use. Despite these limitations, the psychological autopsy is one of the most used tools in the study of consummate suicides, not only in clinical psychology, but also in the forensic field. Its objective is to provide information on the factors involved in suicidal behavior to design effective prevention strategies for this global public health problem.

Keywords: psychological autopsy; suicide; suicidal behaviour; prevention and key informants.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio constituye uno de los objetivos prioritarios actuales de salud pública, no solo en nuestro país, sino a nivel global. Debido a la importancia del suicidio, la OMS publicó un programa para la prevención del mismo: *Preventing Suicide: A Global Imperative* (OMS, 2014). Así pues, según la OMS:

- Más de 800.000 personas se suicidan al año, una persona cada 40 segundos.
- En 2015 fue la segunda causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años.
- Por cada suicidio, hay muchas más tentativas cada año. Un intento de suicidio no consumado es el factor de riesgo individual más importante.
- El 75% de todos los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medios.

El suicidio, del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar) se puede definir como: “acción y afecto de suicidarse”, mientras que por el acto de suicidarse se entiende: “quitarse voluntariamente la vida” (Real Academia Española, 2014). El término suicidio se refiere no sólo a una única acción, sino a un conjunto amplio de varios comportamientos. Se debe tener en cuenta que dentro del comportamiento suicida se encuentran distintos grados: los pensamientos relativos a dicho acto, conocidos bajo el término *ideación suicida*; la elaboración de un plan para llevarlo a cabo; obtención los medios necesarios; el intento de suicidio y, por último, realizar el acto, considerándolo suicidio consumado cuando el sujeto consigue el objetivo de quitarse su propia vida. Por tanto, dentro del concepto de suicidio, se tiene en cuenta los posibles intentos anteriores, posibles signos o el hablar sobre los pensamientos suicidas. La complejidad del estudio del comportamiento suicida comienza desde el análisis del propio concepto de suicidio o conductas suicidas, ya que hasta ahora, ningún único término, definición o taxonomía ha sido suficientemente exacta para representar la complejidad del conjunto de comportamientos que han sido sugeridos como suicidas (Ngwena, Hosany y Sibindi, 2016).

Una de las herramientas más usadas en el estudio de los casos de suicidio consumado, es la conocida como autopsia psicológica, siendo hasta ahora una de las más útiles. Esta herramienta es ampliamente usada para clasificar muertes que pueden resultar ambiguas, esto es, aquéllas en las no se puede saber de manera inmediata si la persona se suicidó (Dayananda y Umesh, 2014). El término fue desarrollado por Edwing S. Shneidman en la década de los 60 del siglo pasado. A pesar de que en un principio se concibió con una finalidad médico-legal, su uso se ha generalizado como herramienta de investigación fundamental, tanto en el estudio de casos particulares o en el suicidio en general. Es conocida internacionalmente como la herramienta de elección en los estudios de suicidio consumado (De la Vega, 2015).

De esta manera, se puede afirmar que la principal manera de estudiar los casos de suicidio consumado es mediante la autopsia psicológica, que se puede definir, según De Licitra y Yavarone (2011), como: “un instrumento de exploración retrospectiva e indirecta de personas fallecidas, a través de un método inferencial, que resulta confiable en el estudio de la personalidad, los conflictos, la dinámica de sus vidas y brinda al especialista una valiosa información de la causalidad de los fenómenos tan interesantes como el suicidio o el homicidio. A través de las entrevistas a terceras personas que conocieron al fallecido en vida, íntimamente o profesionalmente y la revisión de documentos relacionados con ésta” (en De la Vega, 2015, p. 859).

Las causas del suicidio preocupan a médicos, profesionales de la salud, responsables políticos y al público en general. La pregunta fundamental de qué lleva a una persona a quitarse su propia vida permanece no contestada a pesar de los numerosos estudios. En lo que al suicidio consumado se refiere, el mayor obstáculo radica en que la víctima no puede ser entrevistada. La autopsia psicológica también se ha usado para la identificación de los factores que sitúan a las personas en riesgo de atentar contra la propia vida (Cavanagh, Carson, Sharpe y Lawrie, 2003).

La autopsia psicológica es considerada como un método valioso en la expansión del conocimiento sobre los factores que contribuyen al suicidio e identificar las estrategias potenciales de prevención (Hawton et al., 1998). Por ello, se describirán brevemente los factores que, basados en la autopsia psicológica, contribuyen a la conducta suicida: factores relacionados con la salud mental, factores sociodemográficos y factores familiares.

En este trabajo se abordan aspectos cruciales relacionados con la autopsia psicológica como las áreas a evaluar y fuentes documentales, los contextos de aplicación, el entrevistador, la importancia esencial de los informantes clave y otros aspectos relevantes como la nota suicida o las señales de advertencia los días previos al hecho. Se enfatizan los problemas metodológicos y limitaciones que hasta ahora ha presentado esta herramienta, según los estudios realizados, con el objetivo de mejorarla, suponiendo esto un avance para las estrategias de prevención e intervención en los casos de suicidio. Se expone la idea clave a la que la mayoría de las publicaciones han llegado: la persecución de

procedimientos estandarizados en la autopsia psicológica con el fin primordial de la prevención, siendo uno de los principales objetivos para la OMS. Asimismo, se realiza una aproximación a la autopsia psicológica desde una perspectiva forense, ya que desde la investigación criminal y la medicina forense se han realizado numerosas aportaciones a esta técnica.

En definitiva, el objetivo del presente Trabajo de Fin de Grado es presentar la autopsia psicológica como herramienta científica importante en la investigación de la conducta suicida, siendo la intención reunir la información hasta ahora más destacada y actualizada sobre este instrumento, ofreciendo una síntesis general sobre las investigaciones publicadas referentes a esta temática, acentuando la importancia de los factores de riesgo con fines preventivos y la visión de futuro de esta técnica.

Metodología

Para llevar a cabo esta revisión se ha usado como base de datos electrónicos para la búsqueda de artículos la plataforma *ProQuest*, la cual contiene las bases de datos más relevantes como: *PsycInfo*, *Medline*, *Psychology data base* entre otros.

La búsqueda se realizó mediante la inclusión de los términos *psychological autopsy*, *suicide AND psychological autopsy*, *note suicide AND psychological autopsy*, *psychological autopsy AND forensic medicine*. Aceptando los artículos escritos en inglés y en español publicados, revisados por pares y disponibles en el fondo de revistas de la biblioteca de la Universidad de Málaga.

La autopsia psicológica

Factores relacionados con el suicidio

Dentro de la dinámica del suicidio se encuentran una serie de factores protectores y de riesgo que pueden considerarse como características universales. El propósito de estudiar estos factores es determinar qué grupos poblacionales corren mayor riesgo de suicidio, para así implementar programas preventivos que impidan o al menos disminuyan, las conductas suicidas (Antón et al., 2013).

Los que hasta ahora se consideran como los factores de riesgo más influyentes, según distintas investigaciones son: acontecimientos o circunstancias estresantes como el desempleo, las pérdidas de personas queridas, las discusiones con la familia o los amigos, la ruptura de relaciones y los problemas legales, laborales y financieros incrementan el riesgo de suicidio (Platt, 1984; Cavanagh, Owens y Johnstone, 1999; Thacore y Varma, 2000; Schneider. Grebner, Schnabel, Hampel, Georgi y Seidler, 2011). También se ha estudiado el abuso de alcohol y drogas, el aislamiento social, los antecedentes de abuso físico y legal (Murphy y Welzel, 1990; Qin, Agerbo y Mortensen, 2003; Brown, 1999), los trastornos mentales (Harris y Barraclough, 1997; Cavanagh, Carson, Sharpe y Lawrie, 2003; Arsenault-Lapierre, Kim y Turecki, 2004) y las enfermedades somáticas incapacitantes (De Leo et al., 1999; Manoranjithan, Rajkumar, Thangaduran, Prasad, Jayakayan y Jacob, 2010). Igualmente, habría que añadir las tentativas de suicidio previas (Moscicki, 1997) y una historia familiar de suicidio y/o enfermedad mental (Runeson, 1998; Runeson y Asberg, 2003; Kim et al., 2005).

Por otro lado, los factores protectores, igualmente importantes, no han sido tan estudiados como los anteriores. Los más investigados han sido: participación en actividades religiosas y comunitarias, tener niños pequeños, un seguimiento médico continuado o estar embarazada (Kposowa, 2000; Qin y Mortensen 2003; Kodaka Matsumoto, Yamauchi, Takai, Shirakawa y Takeshima, 2017).

Según Antón et al. (2013), las variables familiares y personales consideradas como factores de riesgo asociadas al suicidio son: la presencia de una enfermedad crónica, tentativas previas de suicidio, antecedentes familiares de suicidio, la agregación familiar de enfermedad mental y una separación temprana materna y paterna. Las variables sociodemográficas que resultaron ser factores de riesgo fueron vivir solo y no trabajar, aunque este último está condicionado por la edad de la población, así que este dato debe tomarse con precaución. Y por último, la variable de salud mental asociada que se encuentra con diferencia en la mayoría de investigaciones, es la presencia de un trastorno mental, siendo la probabilidad más elevada, por grupos diagnósticos, los trastornos del estado de ánimo en primer lugar, seguidos por el grupo de las esquizofrenias. En la Tabla 1 se recogen los factores de riesgo más importantes según la OMS (2012).

Otro aspecto a tener en cuenta de cara a los programas de prevención, es el hecho de que los registros a nivel mundial tienden a ser mayores entre los hombres en comparación con el de las mujeres (OMS, 2014), por lo que existen diferencias entre sexo en la prevalencia de los factores de riesgo (Kodaka et al., 2017; Ross, Kolves y De Leo, 2017).

Tabla 1
Factores de riesgo del suicidio (OMS, 2012)

Individuales	Socioculturales	Situacionales
<ul style="list-style-type: none"> - Intento de suicidio previo - Trastorno mental - Abuso de alcohol o drogas - Desesperanza - Sensación de aislamiento - Carencia de apoyo social - Tendencias agresivas - Impulsividad - Historia de traumas o abusos - Malestar (distress) emocional agudo - Enfermedades físicas importantes o crónicas, dolor crónico - Historia familiar de suicidio - Factores neurobiológicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Estigma asociado a la búsqueda de ayuda - Barreras para acceder a recursos de salud, especialmente al tratamiento de la enfermedad mental y abuso de sustancias - Ciertas creencias culturales o religiosas (por ej., las creencia de que el suicidio es una solución noble para un dilema personal) - Comportamientos de exposición al suicidio; a través de los medios e influencia de otros que se han suicidado 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de trabajo o problemas financieros - Pérdidas de relaciones o sociales - Fácil acceso a medios letales - Agrupaciones locales de suicidio que tienen una influencia contagiosa - Acontecimientos vitales estresantes

Características de la autopsia psicológica

La autopsia psicológica comienza por el contacto con los entrevistados, siendo precavidos con la manera de acercarse a los allegados, pues estos tienen sus propias necesidades. El método para contactar suele ser por carta o por teléfono. Respecto a cuándo hacerlo también ha sido bastante debatido, pero existe la idea general de que debe ser después de los tres meses y antes de seis o doce meses, dependiendo del autor. El factor del tiempo es importante ya que afecta a la validez y fiabilidad de la información que aporte el informante, ya que la carga emocional puede distorsionar los recuerdos si se hace muy pronto, y si se deja pasar mucho tiempo se dificulta el recuerdo, obteniendo una información sesgada (De la Vega, 2015).

Uso y aplicaciones de la autopsia psicológica

La autopsia psicológica tiene diversos usos, principalmente son: entender el suicidio, con el objetivo de desarrollar servicios efectivos para su prevención; entender la personalidad de la persona, siendo bastante significativo en el estudio de la conducta suicida; entender la intención y el motivo; en la investigación de casos criminales, en Estados Unidos fue aceptada en los tribunales para ayudar a decidir a los jurados; en los seguros de vida, si la compañía debe pagar o no el seguro; en la atención y responsabilidad institucional, ya que instituciones como la cárcel tienen responsabilidad de determinar el riesgo de suicidio y tomar las precauciones necesarias; en los casos de mala práctica clínica; en la investigación de la epidemiología; y en los intereses comunitarios y salud pública (Dayananda y Babu, 2014; Torres, 2007).

Elementos de la autopsia psicológica

Los elementos a evaluar con el fin de recoger el máximo de información disponible son los sociodemográficos (edad, sexo, situación económica, creencias), trayectoria vital, entorno familiar (estructura, estado civil, relaciones previas), antecedentes médicos, antecedentes psiquiátricos, contactos con los servicios sanitarios, cambios significativos los meses previos (funcionalidad, donaciones, cambios testamento), factores estresantes recientes (eventos traumáticos, problemas legales, fallecimientos recientes, suicidios en su entorno, pérdidas significativas), escalas estandarizadas (impulsividad, agresividad, riesgo suicida), hábitos tóxicos, detalles sobre la muerte (causa, lugar, si avisó, quién lo encontró), antecedentes de suicidio y una propia valoración del entrevistado. Esta información se puede obtener a través de las entrevistas semiestructuradas, las cuales sistematizan el proceso, siendo la más conocida el SSIPA (*Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy*), la cual consta de cuatro módulos: precipitantes y factores estresantes, motivación, letalidad e intencionalidad. En la tabla 2 se pueden observar los elementos indispensables a evaluar en la autopsia psicológica (De la Vega, 2015).

Fuentes de información

Una fuente de información especialmente importante son los forenses, los cuales suelen responder positivamente cuando se expone toda la finalidad del estudio, ya que la principal preocupación es proteger a los familiares y que estos no se sientan presionados a participar, asegurándose de que exista un interés legítimo en los detalles de cada suicidio. De igual manera, se pueden solicitar los datos al médico de cabecera ya que posee informes médicos que pueden resultar de utilidad, también pueden ayudar a identificar los informantes clave más apropiados. Una fuente alternativa pueden ser informes psiquiátricos, en el caso de que la persona hubiese estado internada poco antes del suceso. Para acceder a la información que estas tres fuentes pueden facilitar es necesaria una aprobación oficial (Hawton et al., 1998). Otras fuentes de información son los diarios de la persona, documentos elec-

trónicos (correos, móviles, historial de navegación), cartas, fotografías, recortes de prensa, registros bancarios o testimonios de testigos. A continuación, en la Tabla 3 se muestran los tipos de documentos que pueden servir como fuente de información necesaria en la autopsia psicológica (De la Vega, 2015).

Tabla 2
Elementos indispensables en la autopsia psicológica. (De la Vega, 2015)

Identificación del entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre. - Edad. - Relación con el fallecido.
Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Edad. - Sexo. - Ganancias/ situación económica. - Religiosidad/ creencias.
Trayectoria vital	<ul style="list-style-type: none"> - Sitios en los que ha vivido. - Estudios. - Historia laboral. - Aficiones.
Entorno familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Estructura familia de origen. - Estado civil. - Relaciones previas. - Hijos. - Convivencia. - Relaciones sociales.
Antecedentes médicos	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnósticos. - Tratamientos. - Especial atención al dolor crónico, enfermedades terminales o limitantes.
Antecedentes psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnósticos previos. - Tratamientos recibidos: farmacológico/ psicoterapéutico, respuesta, cumplimiento. - Hospitalizaciones. - Seguimiento. - Antecedentes psiquiátricos familiares.
Contactos servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> - Fechas. - Motivo de contacto.
Cambios significativos en los meses previos	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos. - Cambios clínicos. - Rendimiento/ Funcionalidad. - Verbalizaciones autolíticas. - Donaciones - Cambios en el testamento. - Preparación del funeral.
Factores estresantes recientes	<ul style="list-style-type: none"> - Eventos traumáticos. - Fallecimientos recientes. - Problemas legales. - Suicidios recientes en su entorno. - Aniversarios o fechas especiales. - Pérdidas significativas (trabajo, casa, status social...).
Escalas estandarizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsividad. - Agresividad. - Riesgo suicida. - Escalas diagnósticas.
Hábitos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> - Tipos de sustancias/ Cantidades - Vías de administración/ consumo. - Periodos de abstinencia.
Detalles sobre la muerte	<ul style="list-style-type: none"> - Causa. - Lugar. - Si lo presencié alguien. - Si avisó de lo que iba a hacer. - Quién lo encontró. - Descripción de la nota de despedida si la hubiera.
Antecedentes de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> - Personales y familiares/ del entorno. - Fechas. - Métodos empleados. - Atención que recibió. - Actitud ante el suicidio. - Acceso a métodos letales.
Valoración del entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> - Estado clínico. - Valoración del riesgo suicida.

Informantes clave

El elemento fundamental en el proceso de la autopsia psicológica son los informantes clave, considerados como las personas pertenecientes al círculo más cercano del fallecido, que contribuye a aportar la información necesaria para el estudio del caso. El perfil del informante suele variar. Principalmente se recurre a los cónyuges, padres, hermanos, compañeros de trabajo, amigos, psicólogos. Así mismo,

el número de informantes clave varía en cada caso particular, lo cual se verá más adelante como un posible motivo de limitación metodológica (Pouliot y De Leo, 2006).

Tabla 3
Fuentes de información. (De la Vega, 2015)

Historial médico (orgánico y psiquiátrico).
Diarios.
Documentos electrónicos (correos, móviles, historial de navegación).
Carta (de despedida o generales).
Fotografías.
Diarios.
Recortes de prensa.
Registros bancarios.
Testamentos.
Documentos judiciales (denuncias, resoluciones).
Informes policiales.
Testimonios de testigos (si los hubiera).
Informe de la autopsia forense.
Informe toxicológico.

Lugar e impacto de la entrevista

La entrevista, normalmente tiene lugar en la casa del informante o en un entorno neutro como un centro médico. En relación a la duración de la entrevista, puede tomar entre dos y cinco horas recoger toda la información necesaria, por lo que la persona entrevistada ha de ser advertida sobre esto, adaptándose a las necesidades de cada informante. Se debe comenzar por preguntas abiertas antes de pasar a las cerradas. Se suelen hacer ciertas recomendaciones como no tomar demasiadas notas, ya que si es posible, la mayoría de informantes clave permiten la grabación de la entrevista, lo que permite fluir más al entrevistador. En todo momento se debe respetar la integridad del fallecido, de la misma manera, el informante debe sentirse libre a no tratar cuestiones que le resulten sensibles y detener la entrevista en cualquier momento sin sentirse culpable. Se tiene que tener en cuenta que no todos los familiares verán la muerte como un suicidio, por lo que se debe respetar su punto de vista. Para finalizar la entrevista se sugiere terminar con algún aspecto positivo (Hawton et al., 1998).

El impacto que en la mayoría de ocasiones tiene la entrevista es positivo, observándose ganancias emocionales en los miembros de la familia, ya que tienen la oportunidad de expresar sentimientos hasta ahora oprimidos y dar su propio punto de vista sobre lo ocurrido. En ocasiones, la entrevista puede ser el primer tipo de apoyo, atención o herramienta de adaptación para ellos, pues hablan del evento sin ser juzgados, en un entorno que les ofrece comprensión y empatía. Esta interacción les ayuda a abordar mejor el tema, tanto de manera interna, como socialmente (Gonçalves et al., 2012).

Entrevistadores

Por lo que respecta a los entrevistadores, la mayoría de estudios han utilizado principalmente psiquiatras o psicólogos, aunque algunos otros han usado trabajadores sociales o personal de enfermería. El entrevistador debe tener experiencia en clínica o en las ciencias sociales, además de ser capaz de empatizar sin implicarse demasiado emocionalmente. Las características del entrevistador, tales como la edad, sexo, personalidad, nivel de educación o estado de ánimo entre otras, pueden influir en la obtención de la información. Como ya ha sido comentado, el nivel de experiencia y práctica de los entrevistadores influye en la fiabilidad y validez de los datos, por lo que en muchas ocasiones es necesario realizar un entrenamiento previo con los entrevistadores para minimizar los sesgos. La entrevista y el proceso en sí mismo, al tratarse de una situación difícil y emocional para el entrevistado, pueden causar impacto en el profesional que la lleva a cabo. En determinados estudios los entrevistadores refieren llegar a sus propios límites, y a menudo experimentan notables sentimientos relacionados con la muerte, el dolor y el sufrimiento. Ante esto se le proporciona apoyo y ayuda por parte de sus compañeros y los grupos de discusión creados alrededor del caso, donde se debaten, se aclaran dudas y se comentan las dificultades (Gonçalves et al., 2012; Hawton et al., 1998; Pouliot y De Leo, 2006).

Nota suicida

Uno de los elementos que se pueden encontrar en la escena de un suicidio y que puede aclarar algunos aspectos necesarios para la autopsia psicológica es la nota suicida. Hay varios tipos de notas suicidas: de despedida, agradeciendo a las personas cercanas y desculpabilizándolas ante su decisión; dando

instrucciones sobre qué hacer con su cuerpo o pertenencias; de acusación, intentando culpabilizar a otros, como intento manipulador de cargar a otros con su muerte; de peticiones de perdón, disculpándose por el sufrimiento causado; o justificando el propio suicidio (por cuestiones de honor o aspectos culturales). La nota puede aportar datos sobre lo que el suicida quería decir en sus últimos momentos, de su estado de soledad, de desesperación, rabia, culpabilidad...en definitiva, de sus razones para llegar al suicidio. Es un elemento clave al constituir una fuente de información sobre el estado mental del suicida. Además de la tipología de la nota y el análisis de otros aspectos relacionados con la misma, facilita un mejor conocimiento de las circunstancias de la muerte y de la intencionalidad de la misma, como culpar a otros, posibles llamadas de atención, etc. El análisis de estos elementos, los peritajes y análisis grafológicos pasan a ser en piezas clave fundamentales en la autopsia psicológica. Así, la nota suicida implica preparación del hecho y del intento suicida, lo que conlleva premeditación. Igualmente, permite calificar una muerte como sospechosa y encauzar las investigaciones para corroborarlo (Acinas, Robles y Peláez-Fernández, 2015).

Señales de advertencia

El último aspecto a tener en cuenta son las señales de advertencia en los días previos al suicidio, pues pueden aportar información sobre las oportunidades previas de intervención. En 2003 la *American Association of Suicidology* (AAS) convocó a un grupo de expertos para acordar las diez señales de advertencia más comunes, y para trasladarlo al público, usaron la nemotecnia en inglés IS PATH WARM, las iniciales corresponden con las palabras en inglés *Ideation* (ideación), *Substance use* (uso de sustancias), *Purposelessness* (sin razones para vivir), *Anxiety* (ansiedad), *feeling Trapped* (sentimientos de estar atrapado, sin salida), *Hopelessness* (desesperanza), *Withdrawal/isolation* (soledad), *Recklessness* (imprudencia) y *Mood changes* (cambios de humor). Esta lista se basa en el consenso de los expertos aunque con pocas pruebas empíricas. Se puede preguntar a los informantes clave si observaron alguna de estas señales 30 días antes del suicidio, si hubo alguna oportunidad de que fuese rescatado o sobre el lapso de tiempo de las dos semanas anteriores a la muerte, un día antes o ese mismo día, en busca de algún evento significativo (Ramchand, Franklin, Thornton, Deland y Rouse 2017).

Problemas metodológicos y limitaciones

La autopsia psicológica ha sido constantemente revisada y perfeccionada, por lo que a lo largo de ese proceso se han manifestado una serie de problemas metodológicos, tales como el diseño de investigación, identificación de sujetos, fuentes de información, el acercamiento con los familiares y otros informantes clave, etc. (Hawton et al., 1998).

Los problemas relacionados con el diseño de la investigación, dada su relevancia, pueden afectar a todo el proceso, ya que la búsqueda inicial de preguntas e hipótesis determinará el estudio, incluyendo las áreas en las que se centrarán los informantes y la elección de las personas que pertenecerán al grupo control. Se le debe prestar particular atención a la definición de los criterios de inclusión y exclusión de los casos, pues existen categorías de suicidios indeterminados (veredicto abierto) en los que una minoría no son suicidios, al igual que existen casos de accidentes (suelen ser accidentes de coche con un solo conductor o ahogamientos) que no son verdaderos accidentes, por lo que estos aspectos han de ser tomados en cuenta al elegir las muestras de los grupos. Esta limitación se puede deber a la existencia de casos que no se informan, bien por la falta de coordinación entre los dispositivos o por la deficiente identificación de los mismos. Éste es, precisamente, uno de los objetivos de la autopsia psicológica que tiene bastante importancia metodológica y no es extraño entre los equipos que investigan el suicidio consumado. Igualmente, se recomienda incluir grupo control en las investigaciones, seleccionándolos acorde a la hipótesis del estudio, incluso habrá ocasiones en las que este tenga más de un foco de atención y esto requiera disponer de dos grupos controles (Hawton et al., 1998).

También han de tenerse en cuenta dos aspectos relacionados con los informantes clave. En primer lugar, el impacto que puede producir la entrevista en ellos, y en segundo lugar el sesgo conocido como el sesgo del informador. Con respecto al primer aspecto, dentro del impacto emocional que puede provocar la entrevista se puede encontrar que algunos familiares pueden tener respuestas negativas ante esta, como estrés, enfado y culpa, aunque se trata de una minoría, ya que lo normal es que informen de los beneficios que les ha reportado la entrevista (Hawton et al., 1998). En segundo lugar, el sesgo del informador hace referencia a que los informadores no pueden garantizar una completa fiabilidad de la información aportada, pues existen una serie de factores que pueden modificar la cantidad o la calidad de la información que proporcionan, así se puede destacar:

- El estado emocional en el que se encuentra puede no ser neutro, pues en muchas ocasiones el suicidio ha sido la última manifestación de muchos años de lucha contra una enfermedad mental.
- Pueden surgir dificultades para recordar rasgos previos o eventos.
- La actitud de los familiares hacia el suicidio puede provocar que rechacen o minimicen esa posibilidad (por motivos religiosos, de indemnización del seguro, por perjudicar la imagen del fallecido...).

El margen de error puede reducirse cotejando la información con los documentos disponibles y contrastando con varias fuentes de información, lo que supone un esfuerzo adicional que no siempre es posible realizar. Se puede entrevistar a más de una persona por casa caso, a la misma persona en dos momentos distintos, con distintos entrevistadores o con distintos métodos de evaluación. Un problema añadido es el hecho de que la principal fuente de información dependa de las personas cercanas, pues esto supone un problema cuando se niegan a participar en las autopsias, lo cual supone una pérdida de información que puede sesgar la recogida de datos. Sin embargo, hay que señalar que la participación de los familiares en este tipo de estudios suele ser muy alta, superior al 80% e incluso llegando al 100% dependiendo del estudio (De la Vega, 2015).

La falta de control sistemático en el tipo de informantes clave y en su número en los diseños de investigación son dos de las debilidades más importantes en muchos estudios sobre la autopsia psicológica. Tanto entre investigaciones, como dentro de las mismas, estas diferencias son muy notorias. Informantes clave con distintos perfiles son llamados para dar información, y su número no se mantiene constante a lo largo de los casos. El efecto de tal variabilidad debido a las diferentes características de los informantes clave y su número es un factor más que puede afectar en la comparabilidad y fiabilidad de los datos recogidos. Se ha documentado la importancia del perfil del informante en relación a los datos que puede aportar. Así, es más probable que un amigo cercano conozca determinados aspectos como un consumo de drogas ocasional, información que ignoran los padres (Pouliot y De Leo, 2006).

Por su parte, los entrevistadores también pueden ser una fuente de sesgo si no están lo suficientemente entrenados en el proceso de la entrevista. Puede ocurrir que ésta se vea sesgada en la dirección de la propia percepción del entrevistador sobre el relato de los síntomas. También es posible que los entrevistadores fabriquen respuestas cuando el informante ha sido incapaz de responder a una pregunta, al replantearlas o al omitir algunas que estén incluidas en los instrumentos. Por ello, es necesario que los entrevistadores tengan experiencia clínica en realizar entrevistas, por lo que es común que para garantizar la calidad de las investigaciones se cuenten con equipos que formen a los entrevistadores a través de prácticas o seminarios, o/y llevar a cabo reuniones de consenso con investigadores más cualificados con los que poder poner en común los casos, aclarar dudas y comentar las dificultades. Incluso está bien documentado que los participantes reaccionan ante las características psicológicas y sociales del investigador, tales como la personalidad, humor, edad o género (Gonçalves et al., 2012; Pouliot y De Leo, 2006).

Por todas estas limitaciones metodológicas, algunos autores recomiendan complementar la pauta de entrevista con algún otro instrumento indirecto de diagnóstico, proponiendo utilizar inventarios de personalidad, listas de adjetivos...por medio de los cuales sería posible obtener información objetiva de una persona a partir de una fuente indirecta; no obstante, la técnica sigue en discusión, siendo objeto de serios cuestionamientos (Torres, 2007).

La búsqueda de un procedimiento estándar

Existe cierta diversidad de perspectivas y orientaciones en la autopsia psicológica. Se encuentran al menos dos enfoques metodológicos: cuantitativos y cualitativos; cada uno con sus deseos y limitaciones, que necesariamente han de ser juzgados según la perspectiva escogida y fundamentada por el investigador. En los modelos de autopsia psicológica hay variedad en la extensión, estructura, enfoque hacia los datos objetivos, enfoque hacia el material subjetivo, etc. Si bien es cierto que se dirigen los esfuerzos hacia la comprensión del modo en el que ocurre un deceso equivoco o indeterminado, la mayoría de autores coinciden en que no existe un modelo universal, único y consensuado (Torres, 2007).

El hecho de que no exista un protocolo bien definido para realizar la autopsia psicológica ha supuesto que la mayoría de autores que han escrito o investigado sobre este tema hayan llegado a la misma conclusión: la necesidad de un procedimiento que sirva de referencia, modelo o patrón en el método de realización de la autopsia psicológica para su uso operacional.

La justificación de dicho protocolo estandarizado se encuentra en la importancia de los límites metodológicos, la falta de equivalencia en el diseño de los estudios y las inconsistencias entre los resul-

tados de diversas investigaciones. Con este procedimiento estereotipado se conseguirían datos más fiables y con mayor validez en los hallazgos incipientes del uso de este método de investigación. Igualmente, el uso de instrumentos estandarizados y/o entrevistas estructuradas favorecerá la apropiada ponderación de las variables implicadas en el suicidio (Pouliot y De Leo, 2006).

Esta estandarización, con su consiguiente homologación y homogeneización de los procedimientos necesarios para llevar a cabo la autopsia psicológica, también beneficiaría la investigación y la divulgación de resultados obtenidos. Esto podría repercutir en un mayor número de investigaciones gracias a las facilidades y beneficios obtenidos de esta actuación estereotipada (Acinas, Robles y Peláez-Fernández, 2015).

Por estas razones, desde hace unos años se reclama la implantación de un protocolo a seguir en la realización de la autopsia psicológica, así se conseguiría la unificación de todos los trabajos e investigaciones, además de una mayor fiabilidad y validez de los mismos.

La autopsia psicológica desde una perspectiva forense

Una de las utilidades de la autopsia psicológica es la investigación forense. La centralización de las autopsias en los institutos de medicina legal facilita la homogenización del método de trabajo y la consistencia de los resultados a nivel práctico-judicial y de investigación (Guija, Giner, Marín, Blanco y Parejo-Merino, 2012).

La autopsia psicológica se nutre de un sinfín de teorías y conocimientos que no sólo provienen de la psicología más básica y teórica, sino que toma base de otras ramas de la psicología relacionadas con el derecho, la criminología y la victimología, así como de especialidades propias de la medicina legal y forense o la sociología, entre otras. Existe una estrecha relación entre todas estas ciencias, siendo difícil establecer dónde está el límite de actuación de una u otra (Velasco, 2014).

En el ámbito forense el proceso de entrevista se plantea en función de las necesidades del entrevistador y de los requerimientos legales y no de la persona que acude a la misma, como sería el caso de las sesiones clínicas. En el caso de la investigación forense las necesidades que plantea el proceso pueden no ser las mismas que las de la persona evaluada por diversos motivos: proceso de duelo, necesidad de mentir para no inculparse o inculpar a otra persona, querer manipular adrede para perjudicar o beneficiar al sujeto evaluado, etc. (Velasco, 2014).

En cuanto a los instrumentos específicos más comúnmente utilizados en el ámbito de la evaluación forense retrospectiva se encuentran los siguientes:

Lista de verificaciones de criterios que permiten la organización de la información en función de su ocurrencia o no según una serie de características determinadas; de esta manera se puede determinar la probabilidad de un modo de muerte particular o de las posibles condiciones psicológicas de la persona que se está evaluando. Así, se puede usar la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, Scheyler y Herman (1974).

Instrumentos estructurados y con tablas de baremos que, a través de una aplicación más mecánica, pretenden reducir los sesgos tanto en los procedimientos usados para obtener información como en los criterios tenidos en cuenta para proponer conclusiones finales. A modo de ejemplo, los *Operational Criteria for the Determination of Suicide* (ECDS-1) o la *Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy* (SSIPPA).

En investigación criminal existen otras técnicas que igualmente se basan en reconstrucciones. Según Velasco (2014) las técnicas más conocidas son la entrevista cognitiva, el Análisis de Muertes Equívocas (*Equivocal Death Analysis*, EDA) y los perfiles de personalidad criminal, este último más común en Estados Unidos y dirigida al victimario.

La entrevista cognitiva, está fundamentada en los recuerdos y sus asociaciones con los orígenes externos y contextuales, siendo el objetivo de la misma conseguir una mejor evocación de los recuerdos, lo que también persigue la autopsia psicológica.

El EDA, es una técnica desarrollada en las oficinas del FBI. Presenta varias diferencias con la autopsia psicológica, a pesar de que ambas se enfocan en la persona fallecida e implican reconstruir un perfil de su personalidad. El EDA se aplica sólo para determinar la causa de la muerte, se basa en la evidencia lograda por una unidad policial y, en base a ella, generar un análisis psicológico de la víctima formulando una opinión vinculada con el modo en que se produjo la muerte, expresada en términos categóricos o absolutos, más que como una probabilidad, característica esta última de la autopsia psicológica. El EDA puede realizarlo cualquier persona, sin necesidad de que sea especialista en salud mental, de forma que las conclusiones no son conclusiones forenses estrictamente. Es por ello que esta técnica ha quedado en un segundo plano, ya que la autopsia psicológica desarrolla todo un análisis psicológico realizado por profesionales de la salud mental y expertos en ciencias forenses, apoyado

en teorías científicas. Otra de las diferencias sustanciales es que, si bien la autopsia psicológica debe realizarse en un lapso de tiempo lo más breve posible, el análisis victimológico EDA puede realizarse transcurrido mucho tiempo desde el acontecimiento investigado, pues los datos están basados en revisiones de las investigaciones policiales y no en una investigación directa del suceso (Velasco, 2014).

Por último, los perfiles de personalidad criminal o perfilación criminales una técnica psicológica usada en investigación policial. Su objetivo es determinar cuál es el perfil del posible autor de los hechos sobre la base psicosocial del comportamiento humano. Tratan de determinar cuál es su personalidad y el modus operandi asociado a la misma, lo cual sirve para concentrar la investigación en un tipo particular de sospechoso, el que coincida con determinadas características conductuales. Se trata de una práctica que puede usarse en contextos muy limitados en la que la escena del crimen aporta por sí misma información e indicios de la personalidad del victimario y de la posible patología afín, si es que la hubiera. Consiste en la descripción, explicación y predicción de las características sociodemográficas, criminológicas y psicológicas de las personas que han cometido algún delito, además de incluir un análisis de las semejanzas y diferencias entre agresores que comenten el mismo tipo de delito. La principal diferencia con la autopsia psicológica es que, en el caso de los perfiles criminales, el foco de atención no es la víctima sino el victimario, una persona viva, autora del crimen y desconocida por quien investiga el caso (Velasco, 2014).

Desde una perspectiva forense la autopsia psicológica ofrece un informe pericial, aportando datos probabilísticos que permitan determinar la causa de la muerte en circunstancias dudosas, sirviendo como herramienta de apoyo a jueces y tribunales en procesos legales, o como fuente de información para la elaboración de informes estadísticos en casos de investigaciones (Velasco, 2014).

La realización de la autopsia psicológica junto con los estudios epidemiológicos, reclutamiento de casos y controles y la obtención de muestras biológicas proporcionan aportaciones esenciales en los que la medicina forense juega un papel importante con el fin de que los resultados obtenidos puedan ser de utilidad en las estrategias de prevención y tratamiento de las conductas suicidas (Guija et al., 2012).

Conclusiones

El objetivo principal de este trabajo ha sido la actualización bibliográfica sobre la autopsia psicológica.

Una característica fundamental y común a todas las evaluaciones psicológicas reconstructivas la constituye el hecho de que se realizan en ausencia del evaluado. Por dicho motivo todas han sido fuertemente criticadas en cuanto a su validez y fiabilidad como procedimientos científicos. A pesar de esto, la autopsia psicológica es la más seriamente abordada y debatida por las ciencias del comportamiento, y particularmente por los profesionales del área de salud mental (Torres, 2007).

Pese a dichas críticas, el método de investigación de la autopsia psicológica es uno de los recursos más valiosos para expandir el conocimiento de los factores que contribuyen al suicidio e identificar las estrategias de prevención potenciales. Esta herramienta también ayuda a interpretar correctamente los resultados epidemiológicos de las investigaciones (Hawton, 1998).

Una variable bastante estudiada en relación al suicidio han sido los trastornos psiquiátricos, sin embargo, actualmente se demanda que sean equilibrados por un mejor análisis de la contribución socio-ambiental a la conducta suicida (Pouliot y De Leo, 2006). Aun así, los trastornos psiquiátricos siguen siendo un subgrupo particular con alto riesgo en el que hay que focalizarse de manera especial. Una de las estrategias propuestas para disminuir las tasas de suicidio en este subgrupo ha sido mejorar la detección y tratamiento de los trastornos mentales, particularmente en la atención médica primaria (Cavanagh et al., 2003). De igual manera, también es importante mejorar los protocolos de identificación de personas sin diagnóstico psiquiátrico que puedan estar en riesgo, ya que suelen ser invisibles para los sistemas de salud y los servicios psicosociales (Law, Wong y Yip, 2014).

Asimismo, se necesita más investigación para la identificación de los componentes del proceso suicida, pues hará factible ofrecer la información más útil para determinar las estrategias efectivas potenciales para la prevención del suicidio, como por ejemplo, el papel que juegan de las dimensiones de personalidad en el comportamiento suicida (Hawton et al., 1998). La autopsia psicológica puede ofrecer información sobre qué poblaciones son las que más necesitan dicha prevención, pues presenta datos sobre los factores de riesgo del comportamiento suicida, aunque son muchos e interactúan entre sí, lo que dificulta el estudio e identificación de los mismos. Aun así, conocer las dimensiones de personalidad, características y rasgos de aquellas personas con mayor predisposición al suicidio, así como los contextos en que se desenvuelven, los cuales también poseen diversos factores de riesgo, facilitará su detección para ofrecerles la ayuda necesaria.

Una línea propuesta por diversas investigaciones es que los futuros estudios deben focalizarse en las interacciones entre trastornos mentales particulares, las adversidades sociales, el aislamiento social y comunicaciones previas al intento de suicidio, pues estos son los factores clave que siempre aparecen al estudiar los casos de suicidio consumado (Cavanagh et al., 2003).

Se debe tener en cuenta que el patrón de la conducta suicida cambia con el paso del tiempo y serán necesarios nuevos estudios que arrojen datos sobre las nuevas características que se puedan dar dentro de los patrones de la conducta suicida, para así intervenir y prevenir de manera adecuada acorde a dichos cambios (Hawton et al., 1998).

No se puede olvidar el hecho de que la autopsia psicológica sólo debe ofrecer hipótesis de trabajo, más que pretender certezas. Con esto queda abierta una de las mayores fuentes de discusión acerca de la utilidad y aplicabilidad de la autopsia psicológica como herramienta forense, sobre todo si se trata de tipo pericial, pues no se cuentan con procedimientos matemáticos tan sofisticados que permitan convertir en verdad jurídica o psicológica la incidencia del psiquismo de una persona en la producción de su propia muerte (Torres, 2007).

Todas estas mejoras e investigaciones que han de llevarse a cabo en un futuro próximo deben realizarse adoptando una concepción estandarizada del método de la autopsia psicológica, usando instrumentos y/o entrevistas estructuradas que favorezcan el peso apropiado de cada una de las variables implicadas en la conducta suicida. Los esfuerzos en esta dirección promoverán un enfoque realmente ecológico para entender el suicidio, y ayudar en el desarrollo de mejores estrategias de prevención (Pouliot y De Leo, 2006).

En definitiva, el estudio y uso de la autopsia psicológica, entre otras herramientas, ha hecho ser conscientes a la comunidad científica del alcance de la complejidad de la conducta suicida, siendo su valoración una de las intervenciones más complicadas para los psicólogos y psiquiatras, a pesar de que se encuentra habitualmente en la práctica clínica. Dicho esto, se plasma la necesidad de continuar con el estudio del comportamiento suicida y la mejora de las herramientas que lo estudian, como es el caso de la autopsia psicológica (De la Vega, 2015). Por lo tanto, la autopsia psicológica se considera una buena herramienta, que aunque debe mejorar metodológicamente, ofrece datos e información muy necesarios para el estudio de la conducta suicida, con el principal objetivo de que equipos multidisciplinares creen estrategias de prevención eficaces, tal y como refleja la OMS entre sus prioridades.

Referencias

- Acinas, M.P., Robles, J. y Peláez-Fernández, M.A. (2015). Nota suicida y autopsia psicológica: aspectos comportamentales asociados. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43, 69-79.
- Antón, J.M., Sánchez, E., Pérez, L., Labajos, M.T., De Diego, Y., Benítez, N., Comino, R., Perea, E., Ramos, V. y López, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29, 810-815.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. y Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 37-47.
- Brown, J. Cohen, P. Johnson, J.G., y Smailes, E.M. (1999). Childhood abuse and neglect specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1490-1496.
- Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M. y Lawrie, J. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Cavanagh, J., Owens, D. y Johnstone, E. (1999). Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: A case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 34, 645-650.
- Dayananda, R., Umesh, R. (2014). Psychological Autopsy. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 8, 146-149. doi: 10.5958/j.0973-9130.8.1.031.
- De la Vega, D. (2015). La autopsia psicológica. En A. Ansean (Ed.), *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención en conducta suicida* (pp.859-877). Madrid: Fundación Salud Mental España.
- De Leo, D., Scocco, P., Marietta, P., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A.J., ... Bjerke T. (1999). Physical illness and parasuicide: Evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29, 149-163.
- Gonçalves, F., De Souza, M.C., Meneghel, S.N., Magalhaes, R., Machado, D., Conte, M., Bastos, A.E., Grubits, S., Sousa, A.C., Do Nascimento, R.M., De Souza, L.J.E. y Alves, G. (2012). Psychological and psychosocial autopsy on suicide among the elderly: A methodological approach. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 2039-2052.

- Guija, J.A., Giner, L., Marín, R., Blanco, M. y Parejo-Merino, J.A. (2012). Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. *Revista Española de Medicina Legal*, 38, 161-171.
- Harris, E. y Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 447-452.
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A. y Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders* 50, 269-276.
- Kim, C., Seguin, M., Thernien, N., Riopel, G., Chowky, N., Lesage, A. y Turecki, G. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior: A family study of male suicide completers from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1017-1019.
- Kodaka, M., Matsumoto, T., Yamauchi, T., Takai, M., Shirakawa, N. y Takeshima, T. (2017). Female suicides: Psychosocial and psychiatric characteristics identified by a psychological autopsy study in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 271-279.
- Kposowa, A. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 245-261.
- Law, Y.W., Wong, P. W., y Yip, P.S. (2014). Health and psychosocial service use among suicides without psychiatric illness. *Social Work*, 60, 65-74.
- Manoranjithan, S., Rajkumar, A., Thangaduran, P., Prasad, J., Jayakayan, R. y Jacob, K. (2010). Risk factors for suicide in rural south India. *British Journal of Psychiatry*, 196, 26-30.
- Moscicki, E. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 499-517.
- Murphy, G. y Welzel, R. (1990). The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, 383-392.
- Ngwena, J., Hosany, Z. y Sibindi, I. (2016). Suicide: a concept analysis. *Journal of Public Health*, 25, 123-134. doi: 10.1007/s10389-016-0768-x.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. Recuperado el 8 de marzo de 2017, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Recuperado el 8 de marzo de 2017, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1
- Platt, S. (1984). Unemployment and suicidal behaviour: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 19, 93-115.
- Pouliot, L. y De Leo, D. (2006). Critical Issues in Psychological Autopsy Studies. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 36, 491-510.
- Qin, P. y Mortensen, B. (2003). The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 60, 797-802.
- Qin, P., Agerbo, E. y Mortensen, P. (2003). Suicide risk in relation to socio-economic, demographic and familial factors: A National Register-Bases Study of all suicides in Denmark. 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 765-772.
- Ramchand, R., Franklin, E., Thornton, E., Deland, S. y Rouse, J. (2017). Opportunities to intervene? “Warning signs” for suicide in the days before dying. *Death Studies*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2017.1284956>
- Real Academia Española. (2014). Suicidio. Diccionario de la lengua española (23ª ed.). Recuperado el 6 de Marzo de 2017 de: <http://dle.rae.es/?id=YfnPoSq>.
- Ross, V., Kolves, K. y De Leo, D. (2017). Beyond psychopathology: A case-control psychological autopsy of young adult males. *International Journal of Social Psychiatry*, 63, 151-160.
- Runeson, B. (1998). History of suicidal behaviour in the families of young suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 497-501.
- Runeson, B. y Asberg, M. (2003). Family history of suicide among victims. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1525-1526.
- Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., Hampel, H., Georgi, R. y Seidler, A. (2011). Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Research*, 190, 265-270.
- Torres, R.I. (2007) Autopsia psicológica. Evaluación crítica y su aplicabilidad en el ámbito forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 17, 111-130.
- Thacore, V. y Varma, S. (2000). A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 21, 26-30.

Velasco, C.M. (2014). La psicología aplicada a la investigación criminal. La autopsia psicológica como herramienta de evaluación forense. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 16-02, p. 02:1-02:41. Recuperado el 20 de febrero de 2017, de <http://criminet.ugr.es/recpc/16/recpc16-02.pdf>



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

Diferenciación hemisférica en la recuperación de las habilidades lingüísticas en la afasia: un estudio con estimulación eléctrica

Trabajo Fin de Grado de Marina Cuadra Jaime,
tutorizado por Javier García Orza

Resumen

En la actualidad sigue sin estar claro cuál es el papel del hemisferio derecho en el lenguaje y su rehabilitación. Según algunos autores, el hemisferio derecho asume funciones lingüísticas, facilitando la recuperación del lenguaje. Sin embargo, otros autores apuntan que este hemisferio no juega ningún papel relevante, dado que no está diseñado para soportar dichas funciones. Por último, otros sugieren que tiene un papel perjudicial, al inhibir la recuperación del hemisferio izquierdo. El presente trabajo pretende analizar qué papel juega el hemisferio derecho en la recuperación de la afasia de una paciente con una lesión fronto-temporal izquierda con dificultades de producción oral y comprensión gramatical. Para ello, hemos llevado a cabo un estudio de estimulación eléctrica transcraneal con dos montajes distintos, ambos estimulando positivamente el área de Broca izquierdo, pero estimulando positivamente el área homóloga derecha en uno y negativamente en otro. Conjuntamente, se le administró, junto a cada montaje, una condición sham como control. Durante la estimulación se utilizaron diferentes tareas de la batería BETA. Los resultados muestran una pérdida significativa en la tarea de denominación de acciones en el montaje HI+HD+, mientras que en el resto de tareas la estimulación no ha sido efectiva. Estos datos apoyarían el papel perjudicial del HD en la recuperación de verbos.

Palabras clave: estimulación eléctrica transcraneal, afasia, denominación, repetición, juicios de gramaticalidad, hemisferios cerebrales.

Introducción

Entre las patologías que afectan al normal funcionamiento del cerebro, los accidentes cerebrovasculares (ACV) son los más frecuentes. Así, en nuestro país cada año, aproximadamente 176 de cada 100.000 habitantes sufren un ictus (Díaz-Guzmán et al., 2012). Una de las principales deficiencias que se derivan de un ACV es la afasia, la cual aparece en torno al 21%-38% de personas que sufren un ictus. Se define como afasia al trastorno de comunicación caracterizado por la pérdida total o parcial de los procesos complejos de interpretación y formulación del lenguaje, debido al daño cerebral adquirido que afecta a las estructuras corticales y subcorticales del hemisferio dominante del lenguaje (Berthier, 2005). En muchas ocasiones, los pacientes afásicos presentan trastornos asociados, tales como hemiparesia, trastornos sensoriales, apraxia, agnosia y acalculia, entre otros (Ardila, 2005).

Dada la prevalencia de la afasia y el efecto devastador que tiene para la vida de los que la sufren, es necesario disponer de mayor conocimiento sobre los mecanismos que permiten la recuperación de la misma. En concreto, el presente trabajo analiza cuál es el papel del hemisferio derecho (HD) en el proceso de recuperación de la afasia y para ello utiliza como herramienta, una nueva técnica, la estimulación eléctrica transcraneal.

La recuperación del lenguaje

De acuerdo con la literatura, la recuperación del lenguaje siempre es posible, incluso en pacientes que presentan una afasia grave. Diversos estudios sobre la recuperación de la afasia informan que, aunque el mayor grado de recuperación ocurre en los 2 o 3 primeros meses (Laska, Hellblom, Murray, Kahan, y Von Arbin, 2001), existen evidencias de mejoría hasta 1 o 2 años después del accidente cerebrovascular. Por tanto, el tipo de afasia casi siempre cambia a una forma menos grave durante el primer año (Berthier, 2011). Sin embargo, esta recuperación espontánea no se observa de forma homogénea en todos los casos. Existe toda una serie de factores, como son el tamaño y ubicación de la lesión, la edad, el sexo, factores psicológicos, etc. que influyen en la recuperación de las funciones lingüísticas (Lazar, Speizer, Festa, Krakauer, y Marshall, 2008).

Una de las cuestiones que permanece sin resolver acerca del tratamiento de la afasia, es la implicación del HD en la rehabilitación del lenguaje. Existe evidencia que sugiere que dicho hemisferio juega un papel beneficioso en la recuperación de la afasia, mientras que diversos autores sostienen que desempeña un papel perjudicial, ya que impide la recuperación de la afasia. Otros, sin embargo, sostienen que este hemisferio ni facilita ni perjudica la readquisición de las habilidades lingüísticas. El presente trabajo trata de arrojar luz sobre esta discusión. Para ello, a continuación describiremos con más detalle las hipótesis y evidencias experimentales acerca de la implicación del HD; posteriormente describiremos en qué consiste la tDCS y qué aportan los estudios que usan esta técnica al debate sobre el papel del HD en la recuperación de la afasia. Finalmente se presentará el estudio realizado con una paciente.

El papel del HD en la recuperación de la afasia

Diversos estudios de neuro-imagen que evalúan el lenguaje tras un daño cerebral, han mostrado la existencia de una correlación directa entre la recuperación del lenguaje y la activación de ciertas áreas del hemisferio izquierdo (HI) (Heiss y Thiel, 2006; Meinzer et al., 2008), lo que sugiere la importancia de la restauración del HI en la recuperación de la afasia. Sin embargo, la relevancia que tiene la activación de las áreas homólogas del HD sigue siendo hoy en día un tema de debate, dado que, como veremos, los datos no son concluyentes.

La idea de que el HD tiene un papel beneficioso en la rehabilitación de la afasia surgió en el siglo XIX cuando Barlow (1877, citado por Hamilton, Chrysikou y Coslett, 2011) describió un niño que, tras sufrir un ACV en el HI, y recuperar su lenguaje, volvió a sufrir otro ACV, esta vez en el HD, que provocó de nuevo un empeoramiento de su lenguaje. Diversos estudios apoyan la hipótesis de que una segunda lesión en el HD tras la recuperación de una afasia, empeora el cuadro afásico (Basso, Gardelli, Grassi y Mariotti, 1989; Gainotti, 1993). Otros trabajos llevados a cabo con pacientes a los que se les realizó una hemisferectomía izquierda señalan que el HD asume las competencias del HI, aunque de forma limitada (Vargha-Khadem et al., 1997). Eisenson (1962, citado por Barroso y Nieto, 1996) examinó el rendimiento de sujetos con lesión en el HD en tareas que implican uso del lenguaje (definición de palabras, completar oraciones, etc.), observando un rendimiento inferior al grupo control. Resultados similares encontraron Critchley (1962), Kinsbourne y Warrington (1962), Marcie, Hécaen, Dubois y Angelergues, (1965) y Weinstein y Keller (1963) (citados por Barroso y Nieto, 1996), quienes mostraron la existencia de alteraciones del lenguaje en sujetos con lesión en el HD en tareas de denominación, escritura y lectura. Estos últimos estudios no solo sugieren que el HD puede jugar un papel

en la recuperación de la afasia, sino que en sujetos sanos, el HD tiene ya funciones lingüísticas. Otros estudios más recientes como el de Wan, Zheng, Marchina, Norton y Schlaug (2014) muestran como una terapia de rehabilitación intensiva provocó cambios estructurales en el HD, fundamentalmente en el giro frontal inferior derecho, que correlacionaban con mejoras en la producción del habla. Administraron durante 15 semanas un programa de rehabilitación del habla basado en la entonación a 11 pacientes con afasia crónica no fluente, y lo compararon con un grupo control. El grupo sometido a la terapia presentó una reducción de la anisotropía funcional (FA, parámetro que refleja la direccionalidad de la difusión de las conexiones nerviosas) de la sustancia blanca que rodea al giro frontal inferior derecho, giro temporal superior derecho y el cíngulo posterior derecho. De acuerdo con esta visión, la recuperación que se observa en el lenguaje de los pacientes tendría que ver, fundamentalmente, con las capacidades lingüísticas del HD (Karbe, Thiel, Weber-Luxenburger, Herholz et al., 1998).

Sin embargo, no todos los trabajos ponen de manifiesto que la participación del HD tenga efectos beneficiosos en la recuperación de la afasia. De acuerdo con otra visión, la participación de este hemisferio parece producir cambios en la actividad neuronal que podrían interferir de forma desadaptativa en la readquisición de las habilidades lingüísticas por parte del HI lesionado (Belin et al., 1996). De otra manera, la sobreactivación en zonas del HD inhibiría a posteriori la recuperación de la corteza lesional del HI, limitando la recuperación de la afasia y haciendo al paciente dependiente de sus habilidades lingüísticas del HD (Rosen et al., 2000; Shimizu et al., 2002; Martin et al., 2004). La idea de que el HD tiene un papel perjudicial se conoce como hipótesis de la inhibición interhemisférica, y tiene su origen principalmente en estudios motores. Estos estudios mostraron que tras un ACV que afecta al córtex motor, el equilibrio interhemisférico se interrumpe y el córtex motor intacto inhibe al hemisferio lesionado (Takeuchi e Izumi, 2012; Rehme, Eickhoff, Wang, Fink y Grefkes, 2011). Usando técnicas como la rTMS o la tDCS para inhibir la corteza motora intacta, se han encontrado aumentos en la excitabilidad del lado lesionado que correlacionaban con mejoras de la función motora (Pal et al., 2005; Takeuchi, Chuma, Matsuo, Watanabe e Ikoma, 2005; Fregni et al., 2006). Naeser et al. (2005) se basaron en la hipótesis de que esta inhibición interhemisférica también se aplica a los sistemas de lenguaje y proporcionaron la primera evidencia de que la estimulación cerebral no invasiva podría mejorar la afasia. Llevaron a cabo un estudio en el que aplicaron rTMS en el pars triangularis del giro frontal inferior derecho en pacientes afásicos no fluentes, mostrando que la estimulación dirigida a inhibir el HD mejoraba la denominación hasta 8 meses después de haber recibido 10 sesiones de estimulación.

En consonancia con el estudio anterior, otros datos indican que un aumento de la activación del HD en pacientes afásicos no siempre produce una mejora del lenguaje (Naeser, Theoret, y Kobayashi, 2002; Rosen et al., 2000; Saur et al., 2006). En estudios recientes de resonancia magnética funcional (fMRI), el aumento de la actividad del HD se asoció con un bajo rendimiento en tareas de denominación (Postman-Caucheteux et al., 2010). En una revisión de estudios con estimulación magnética transcraneal (TMS) en los que para la recuperación de la afasia se inhibía el HD, se encontró, en una muestra de 160 pacientes, un aumento del rendimiento en tareas de denominación, repetición, escritura y comprensión. Además, el estudio sugiere que los efectos pueden permanecer durante varios meses tras 2 semanas de tratamiento en pacientes crónicos (Ren et al., 2014). Por tanto, la visión que considera que el HD tiene un efecto perjudicial en la recuperación de la afasia, cuenta también con numerosos datos a favor.

Finalmente, existe una tercera visión, minoritaria, sobre el papel de la activación funcional de las áreas del HD en pacientes afásicos que considera que sería un epifenómeno, es decir, que no facilita ni dificulta la recuperación del lenguaje (Thiel et al., 2001).

Como se puede apreciar, es mucha la controversia que sigue existiendo hoy en día sobre el rol del HD en la rehabilitación de la afasia. La estimulación eléctrica transcraneal o TES (de sus siglas en inglés Transcranial Electrical Stimulation), dada su capacidad para inhibir el funcionamiento de uno u otro hemisferio, puede proporcionar, de hecho, ya lo está haciendo como veremos más abajo, nuevas evidencias sobre el papel de los hemisferios en la recuperación de la afasia.

La estimulación eléctrica transcraneal (TES)

Fundamentos

La TES es una técnica de estimulación eléctrica cerebral no invasiva (Filmer, Dux y Mattingley; 2014) en la que se administran corrientes eléctricas de baja intensidad (entre 1 y 2 mA) a través de electrodos colocados sobre el cuero cabelludo (Nitsche y Paulus, 2000). Los efectos de la TES pueden durar desde unos minutos a unas horas, dependiendo de parámetros como la intensidad, polaridad, duración y áreas estimuladas (Antal et al., 2001; Kuo et al., 2013), y según algunos estudios, si se mantiene el uso prolongado de la TES en sesiones repetidas los efectos pueden prolongarse varias semanas e

incluso meses (Cohen Kadosh, Soskic, Iuculano, Kanai y Walsh, 2010; Monte-Silva et al., 2012; Reis et al., 2012; Reis et al., 2009; Stagg 2014).

Existen diferentes tipos de TES en función de la naturaleza del flujo de la corriente. Así, existe la estimulación transcraneal de corriente alterna (tACS), que utiliza una corriente alterna sinusoidal y bifásica; la estimulación transcraneal de corriente aleatoria (tRNS), que aplica una corriente alterna con una intensidad y frecuencia aleatoria; y por último, la más usada, la estimulación eléctrica transcraneal de corriente continua (tDCS), que explicamos a continuación.

La tDCS consiste en colocar al menos un electrodo con carga positiva y otro con carga negativa (Filmer et al., 2014). La estimulación con polo positivo se conoce como estimulación anodal (A-tDCS), mientras que la estimulación con el polo negativo se denomina estimulación catodal (C-tDCS). Esta técnica de estimulación tiene una función neuromodulatoria; las bajas corrientes eléctricas empleadas en tDCS modulan la excitabilidad de las neuronas que se activan bajo el tejido estimulado (Stagg, 2014). De acuerdo con la literatura, en general, se considera que la estimulación anodal facilita la actividad de la corteza que se encuentra bajo el electrodo, mientras que la estimulación catodal tiene una función inhibitoria (Nitsche y Paulus, 2000, 2001). Más concretamente, parece que la estimulación positiva inhibe la neurotransmisión del GABA, que es un neurotransmisor inhibitorio, generando mayor excitabilidad cortical (Nitsche et al., 2004; Stagg et al., 2009; Stagg y Nitsche, 2011; Medeiros et al., 2012). La estimulación negativa inhibe al glutamato, por lo que al ser un neurotransmisor excitatorio, disminuye la excitabilidad cortical (Liebetanz, Nitsche, Tergau y Paulus, 2002; Stagg et al., 2009; Medeiros et al., 2012).

El montaje de los electrodos debe realizarse formando un circuito cerrado en el que exista un flujo de corriente que vaya del polo positivo al negativo (conocido también como electrodo de retorno). En aquellos casos en los que la estimulación en ambos hemisferios sea positiva, es necesario colocar uno o varios electrodos de retorno que podrán colocarse en otras áreas del cráneo o incluso en zonas extracéfálicas como los hombros o los mastoides.

Atendiendo a objetivos metodológicos, la mayoría de experimentos con tDCS incluyen, además de la estimulación activa, una estimulación *sham*, la cual se usa como línea base en estudios de doble ciego para comparar los resultados de la estimulación activa. Esta condición es una forma de estimulación que, si bien posee las mismas características que la estimulación activa en cuanto a polaridad, difiere en su duración, ya que la corriente se administra y se apaga tras unos segundos. Al producirse la misma sensación cutánea en la piel, los sujetos no saben cuándo se encuentran ante una estimulación real y cuando no, evitando así la posible aparición de sesgos.

Cada vez son más los estudios que emplean la tDCS para investigar el rendimiento de los sujetos en diferentes dominios cognitivos, así como herramienta para la rehabilitación de patologías como la depresión (Fregni, Boggio, Nitsche, Rigonatti y Pascual-Leone, 2006), o el daño cerebral tras un ACV (ver Sebastian, Tsapkini y Tippett, 2016 para una revisión en pacientes con afasia). En el presente estudio se aplica la estimulación eléctrica transcraneal a un caso de afasia, por lo que consideramos conveniente realizar una pequeña revisión sobre los efectos que la tDCS tiene sobre el lenguaje y su rehabilitación.

tDCS y lenguaje

Han sido muchos los estudios que, en los últimos años, han descrito efectos beneficiosos de la tDCS en el rendimiento de tareas de lenguaje, tanto en sujetos sanos (Prehn & Flöel, 2015) como en sujetos con daño cerebral (Aguilar, Paolazzi y Miceli, 2015; Lavidor, 2015). La gran mayoría de estos estudios han tomado como medida de control la denominación y fluidez (Sela y Lavidor, 2014).

Comenzando por los experimentos llevados a cabo con sujetos sanos, diversos estudios han mostrado como la tDCS anodal en el área de Wernicke mejora la denominación. Sparing et al. (2008) investigaron el efecto que tenía la estimulación anodal en el área perisilviana posterior izquierda en 15 sujetos sanos, observando una disminución de los tiempos de respuesta en tareas de denominación. Sin embargo, estos resultados no se apreciaban cuando se estimulaba de la misma forma el área homóloga derecha. Resultados similares encontraron Fiori et al. (2011) cuando aplicaron tDCS en 10 individuos sanos (20 min, 1mA) mientras aprendían nuevas palabras en 3 condiciones diferentes; estimulación anodal en el área de Wernicke, condición *sham* en el mismo área y estimulación anodal en el área occipito-parietal derecha. Otros estudios, como el de Cattaneo, Pisoni y Papagno (2011), han evaluado la fluidez semántica y fonémica estimulando positivamente el área de Broca de ambos hemisferios (2 mA, 20 minutos). Solo cuando los participantes recibían estimulación anodal en el HI, y no en el HD o la condición *sham*, producían más palabras. Ross et al. (2011) encontraron que la tDCS anodal puede mejorar el recuerdo de nombres de personas y lugares famosos cuando se aplica en el

lóbulo temporal anterior del HI. En consecuencia, todos estos estudios sugieren que solo se encuentran efectos beneficiosos cuando la estimulación positiva se aplica en el HI, lo que sugiere que el HD jugaría en el lenguaje un papel residual.

Evidencias sobre el papel de los hemisferios en estudios de tratamiento de la afasia con tDCS

Hasta la fecha, la mayoría de los hallazgos sobre el uso de la tDCS para tratar la afasia se han interpretado en gran medida como un apoyo a las tesis que defienden un papel perjudicial del HD, es decir, con la presunción de que la disminución de la actividad en las áreas contralesionales, (HD), o la actividad facilitadora en áreas lesionadas o perilesionales, (HI), permite mejorar el lenguaje (Hamilton, Chrysikou y Coslett, 2011).

Baker, Rorden y Fridriksson (2010) encontraron que la tDCS anodal (1 mA, 20 min, durante 5 días) en el lóbulo frontal izquierdo produjo mejoras en la denominación de nombres en 10 pacientes con afasia crónica, manteniéndose los beneficios hasta una semana después de la estimulación. Fridriksson et al. (2011) aplicaron una estimulación similar en el córtex perilesional izquierdo en 8 pacientes con afasia fluida crónica e informaron de menores tiempos de reacción en tareas de denominación en comparación con la condición *sham*. Además, informaron que estos beneficios persistieron al menos 3 semanas después de la estimulación. Siguiendo con los estudios de estimulación positiva, Fiori et al. (2011) aplicaron cinco sesiones diarias de estimulación anodal (20 min, 1 mA) sobre el área de Wernicke en el hemisferio izquierdo, en 3 pacientes con afasia crónica no fluente. Los resultados mostraron una mejoría en la denominación de imágenes, manteniéndose los beneficios durante al menos tres semanas en dos de los pacientes. Estos hallazgos están en línea con la noción de que el reclutamiento perilesional es necesario para la recuperación de la afasia después del accidente cerebrovascular; se presume que los efectos beneficiosos de la tDCS están mediados por una mayor actividad de las áreas residuales del lenguaje del HI, así como cambios funcionales compensatorios en las áreas perilesionales de dicho hemisferio. Estos hallazgos, si bien son una evidencia indirecta, apoyan la idea de que el HI es el adecuado para soportar las funciones lingüísticas y que el HD juega en la recuperación de la afasia un papel menor.

Una evidencia más directa del papel del HD en la recuperación de la afasia la proporcionan estudios como el de Kang, Kim, Sohn, Cohen y Paik (2011) quienes aplicaron estimulación catodal en el HD (2 mA, 20 min) con el objetivo de inhibir la actividad perjudicial que puede interferir con la recuperación del área perilesional del HI. Usando un diseño cruzado, mostraron que los pacientes que habían recibido c-tDCS en el HD mejoraron la exactitud en tareas de denominación en comparación con la condición *sham*. Otros estudios en los que se aplicó estimulación positiva en el giro frontal inferior izquierdo (IFG) y negativa en el área homóloga derecha con una intensidad de 2 mA, encontraron mejoras en la denominación tanto si se administraba de forma conjunta como separada (Lee, Cheon, Yoon, Chang y Kim; 2013).

Usando una metodología distinta, Vines, Norton y Schlaug (2011) aplicaron tDCS anodal en el giro frontal inferior derecho (1 mA, 20 minutos) en 6 pacientes afásicos no fluentes mientras recibían una terapia de entonación melódica (MIT). En comparación con los resultados obtenidos en la condición *sham*, la estimulación positiva llevó a mejoras significativas en la fluidez del habla. En otro estudio, Floel et al. (2011) aplicaron tanto estimulación anodal como catodal, así como la condición *sham* en el córtex temporo-parietal derecho. Los resultados mostraron, curiosamente, que la estimulación positiva, y no negativa, produjo unas mejoras más duraderas en comparación con la estimulación *sham*. Estos hallazgos sugieren, que estimular áreas homólogas derechas supone un beneficio mayor que inhibirlas. El papel beneficioso del HD se destaca en estos estudios.

Como se puede apreciar, en general, los resultados de los diferentes estudios sugieren que, en la mayoría de los casos, el tratamiento con tDCS es efectivo, pero existen claras inconsistencias entre los datos en relación con qué hemisferio debe estimularse y por tanto qué papel juega en la rehabilitación.

Posiblemente, la razón de estas inconsistencias esté relacionada con las diferencias entre los estudios en cuanto a variables como las características de los pacientes analizados y los procesos lingüísticos y las tareas usadas para valorar la recuperación de la afasia. En relación con esto último, es frecuente que se usen medidas globales o únicamente tareas de denominación o fluidez. Dada la complejidad del proceso de producción lingüístico, parece necesario una mayor precisión en la evaluación. Debe tenerse en cuenta que los procesos implicados en cada tarea pueden tener diferente dependencia hemisférica. Por ejemplo, existe cierta evidencia que sugiere que los verbos en general podrían estar representados bihemisféricamente (Kemmerer, 2015) y, sin embargo, los nombres estar más lateralizados en el HI. Si esto es así, la activación positiva del HD podría ser beneficiosa para los verbos pero perjudicial para los nombres. Igualmente, la localización de los procesos de comprensión

de oraciones parecen más dependientes del HI (Friederici, 2002) que del derecho. Existen pues motivos suficientes para incluir diferentes medidas en los estudios, de forma que nos puedan proporcionar un panorama más concreto de los beneficios que implica la estimulación de uno u otro hemisferio. En el presente trabajo, incluiremos esas medidas.

Experimento

Como se desprende de la exposición realizada hasta ahora, existen datos a favor y en contra de las dos posturas descritas. Por todo lo expuesto hasta el momento, nuestro propósito es comparar el rendimiento de una paciente con afasia en diferentes tareas de producción y comprensión oral (denominación de verbos y objetos, juicios de gramaticalidad y repetición de palabras y pseudopalabras) mediante dos montajes de tDCS; con estimulación positiva en el HI en ambas condiciones, y una estimulación positiva y otra negativa en el HD. A su vez, ambos montajes serán comparados con la condición neutra o *sham*.

Hipótesis

Si tal y como proponen autores como Barlow (1877), Eisenson (1962), Critchley (1962), Kinsbourne y Warrington (1962), Weinstein y Keller (1963), Basso et al. (1989), Gainotti (1993), Vargha-Khadem et al. (1997), Karbe et al. (1998) y Wan et al. (2014), el HD favorece la recuperación de la afasia, entonces la estimulación positiva en ambos hemisferios mejorará el rendimiento en tareas lingüísticas, y empeorará si se usa estimulación negativa en el HD. En el caso de que el papel del HD perjudique, tal y como afirman autores como Rosen et al. (2010), Naeser et al. (2002), Saur et al. (2006), Postman-Caucheteux et al. (2010) y Ren et al. (2014), el rendimiento en pacientes afásicos empeorará si se utiliza estimulación positiva tanto en el HI como en sus áreas homólogas derechas, y mejorará si se aplica estimulación positiva en el HI y negativa en el HD. Las afirmaciones postuladas en estas hipótesis podrán a su vez estar moduladas por la naturaleza de la tarea y los procesos implicados en las mismas. Así, tal y como hemos señalado, es posible que los resultados de la estimulación varíen y no sean iguales en tareas que parecen tener representación en ambos hemisferios, como la denominación de verbos, o que están claramente localizadas en el HI como los juicios de gramaticalidad. Igualmente, en el caso de aquellas que tienen un componente motor importante como las de repetición, de acuerdo con las tesis de Naeser et al. (2002), la estimulación del HD debería ser perjudicial, no siendo así, si se defiende que juega un papel facilitador.

Estudio

Participante

Nuestra sujeto es DNR, una mujer de 78 años, ama de casa y costurera. Aprendió a leer y a escribir en la escuela de adultos, por lo que posee un nivel de estudios primarios. En el año 2014 sufrió un ictus isquémico agudo causado por un trombo en la arteria cerebral media izquierda, ocasionándole una afasia de tipo mixta y alteración de la motricidad de sus extremidades derechas. El TAC que se le realizó muestra una lesión temporo-parietal en el HI que afecta a algunas zonas del giro supramarginal y angular, así como algunas zonas del fascículo arqueado. En la actualidad asiste a sesiones de logopedia y recibe tratamiento farmacológico para la afasia, observándose una estabilización en sus funciones lingüísticas en los últimos meses.

En la primera evaluación realizada en noviembre de 2014, con la Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos (BETA; Cuetos, 2009), la paciente mostró dificultades en las subpruebas de repetición de pseudopalabras (15/32), con errores fonológicos no-formales, denominación de objetos (4/30), cometiendo algunos errores semánticos y parafasias fonológicas formales, juicios de gramaticalidad (29/40) y emparejamiento oración hablada-dibujo (10/20). Solo en las subpruebas de discriminación de fonemas (28/32), emparejamiento palabra-hablada dibujo (28/30), repetición de palabras (30/32) y señalar las letras (17/20) obtuvo mejores resultados. Esto nos indica problemas tanto en producción como en comprensión sintáctica.

La segunda evaluación, un año más tarde, refleja puntuaciones similares en discriminación de fonemas (30/32), repetición de palabras (32/32) y señalar la letra (18/20). Sin embargo, seguía manteniendo dificultad en la repetición de pseudopalabras (16/32) y denominación de objetos (9/30). Además, en tareas como emparejamiento oración hablada-dibujo (9/20) y juicios de gramaticalidad (26/40), el rendimiento fue levemente inferior respecto a la primera evaluación.

De acuerdo con un modelo neurocognitivo de procesamiento (e.g., Cuetos y González-Nosti, 2009) las pruebas indican la preservación del sistema de análisis auditivo, léxico de input del habla y del

sistema semántico, y sugiere ciertas dificultades en la producción a nivel del léxico de output de habla y de los patrones motores. La incidencia de errores fonológicos no-formales, podría sugerir también alteración del nivel fonémico, opción que no se descarta.

Materiales

En este estudio se ha realizado una medición conductual junto a cada montaje de estimulación eléctrica.

Medidas Conductuales

Se emplearon algunas subpruebas de la Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos (BETA) de Cuetos y González-Nosti (2009). Esta batería permite evaluar todos los componentes del procesamiento lingüístico que se encuentran alterados en la afasia. Se compone de 6 bloques de 5 pruebas cada uno. Dado que nuestro objetivo es evaluar el impacto que tiene la tDCS sobre la producción oral, que es el principal componente afectado en nuestra paciente, hemos administrado las subpruebas de denominación de acciones y objetos, así como repetición de palabras y pseudopalabras. Además, también hemos utilizado la subprueba de juicios de gramaticalidad, que no exige producción oral y nos permite analizar el impacto de la estimulación sobre los procesos de carácter sintáctico. A continuación describimos las pruebas.

- Denominación de acciones. En muchas ocasiones se han mostrado disociaciones en la denominación de objetos y de acciones; es decir, pacientes que tienen dificultades para nombrar objetos pero nombran bien las acciones o pacientes en los que se observa justo el patrón contrario. Esta tarea está formada por 30 dibujos que representan acciones de la vida cotidiana y deben ser nombradas por el paciente.
- Denominación de objetos. Es la más utilizada para evaluar los trastornos de producción oral. Mide el nivel de producción así como la posible existencia de efectos específicos de categoría. Esta tarea se compone de 30 dibujos de los cuales la mitad corresponden a seres vivos y la otra mitad a objetos inanimados.
- Juicios de gramaticalidad. Destinada a evaluar los trastornos agramáticos, consiste en una serie de 40 oraciones, unas correctamente construidas y otras con anomalías gramaticales como cambios de los tiempos verbales o alteración del orden de las palabras. El paciente tiene que indicar si la oración que escucha es correcta gramaticalmente o no.
- Repetición de palabras. Esta prueba mide la capacidad de reproducir palabras que se presentan de forma auditiva, ya sea a través de las vías léxicas (para palabras) o utilizando las reglas de conversión acústico-fonológica (para palabras y pseudopalabras). Consta de 32 estímulos, 16 de los cuales son palabras de frecuencia alta y 16 de frecuencia baja. La mitad de cada grupo son estímulos de longitud corta (4 o 5 fonemas) y la otra mitad de longitud larga (7 u 8 fonemas).
- Repetición de pseudopalabras. En combinación con el resto de tareas permite evaluar específicamente el mecanismo de conversión acústico-fonológico. Está formado por 30 pseudopalabras, la mitad de longitud corta (4 o 5 fonemas) y la otra mitad de longitud larga (7 u 8 fonemas).

Estimulación Eléctrica

La estimulación eléctrica se ha llevado a cabo con el electroestimulador StarStim de Neuroelectrics, que se usa tanto para medición de EEG como para la estimulación. Está formado por 8 canales y puede realizar 4 tipos de estimulación: tDCS (estimulación transcraneal de corriente directa), tACS (estimulación transcraneal de corriente alterna), tRNS (estimulación transcraneal "random noise") y *sham*. Cada electrodo se puede configurar de forma independiente, pudiendo administrar cada uno de ellos hasta un máximo de +/- 2 mA, con una precisión por debajo de 1 μ A. El voltaje que aplica varía de los -15V a los +15V. El estimulador se conecta por Bluetooth a un programa de ordenador, el Neuroelectrics Instrument Controller (NIC), a través del cual podemos controlar el estimulador.

Procedimiento

Se evaluó a la paciente durante 8 sesiones de estimulación distribuidas en 4 días y en 2 montajes diferentes, como se refleja en la tabla 1. Cada día de evaluación estaba separado del siguiente por al menos dos días. Las sesiones comenzaban con la colocación del gorro de estimulación en el que se insertaban los electrodos. Posteriormente, se activaba la estimulación correspondiente y se administraron las pruebas arriba descritas tal y como describimos a continuación.

Cada día, la paciente recibía una sesión de estimulación y una sesión *sham*, dejando un descanso de media hora entre cada una de ellas. Ni el examinador ni la paciente conocían qué condición se aplicaba, ya que se empleó una metodología de doble ciego. Se pretendía que los resultados no pudieran verse influenciados de alguna manera por las expectativas de la paciente y/o examinador ante el tratamiento. De este modo, un segundo investigador era el encargado de manejar y controlar el estimulador.

Tabla 1
Distribución de las sesiones de estimulación

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4
1º sesión: <i>Sham</i>	3º sesión: tDCS HI + HD +	5º sesión: <i>Sham</i>	7º sesión: tDCS HI + HD -
2º sesión: tDCS HI + HD +	4º sesión: <i>Sham</i>	6º sesión: tDCS HI + HD -	8º sesión: <i>Sham</i>

Medidas conductuales

Una vez colocados los electrodos y con la estimulación activada, se procedía a la administración de las pruebas siguiendo las instrucciones que se indican en el manual (Cuetos y González-Nosti, 2009). Al comienzo de cada una de ellas, la paciente recibía las instrucciones, así como un par de ejemplos para practicar. En aquellos casos en los que la paciente no comprendía bien la tarea, se seguían mostrando ítems de prueba hasta estar seguros de que comprendía lo que tenía que hacer. Una vez comenzada la tarea, la paciente no recibió ningún tipo de explicación más.

Las pruebas siempre se pasaban en el mismo orden. En la primera tarea, la paciente debía repetir una lista de palabras y pseudopalabras que escuchaba previamente, una a una. A continuación, la paciente tenía que nombrar una serie de objetos y acciones por confrontación visual. En aquellos casos en los que la paciente tenía excesiva dificultad para denominar, se le facilitaban pistas fonológicas. Por último, la paciente tenía que escuchar una serie de oraciones y decidir si eran correctas gramaticalmente o no.

Para la puntuación de las pruebas se siguió el procedimiento descrito en el test. Se valoraban siempre las respuestas iniciales de la paciente salvo que hubiera una autocorrección espontánea en los primeros segundos tras la respuesta. Las respuestas se valoraron como correctas o incorrectas teniendo en cuenta la respuesta proporcionada en primer lugar al presentarse el estímulo, salvo que se produjera una corrección espontánea inmediata.

Estimulación Eléctrica

En las sesiones de estimulación activa, se proporcionaba estimulación con una intensidad de 1mA durante 25 minutos. En el primer montaje (HI+HD+), el HI recibía estimulación positiva (FC5 según el sistema internacional 10-20) al igual que su área homóloga contralateral (FC6 según el sistema internacional 10-20), quedando ambos hemisferios bajo un ánodo. En el segundo montaje (HI+HD-), el HI (FC5) seguía recibiendo estimulación positiva, pero en este caso, el HD (FC6) recibía estimulación negativa, quedando este bajo un cátodo. Las condiciones de estimulación se administraron siguiendo un procedimiento de doble ciego: ni la paciente, ni la aplicadora de las pruebas conocía la estimulación que se estaba aplicando, siendo el tutor de este TFG el encargado de la administración de la corriente eléctrica a través del sistema Starstim.

Como hemos comentado anteriormente, la colocación de los electrodos implica un flujo de corriente del polo positivo al negativo, por lo que en el montaje HI+HD+ era necesario colocar un electrodo de retorno en cada uno de los hombros. Además, en las sesiones en las que a la paciente se le administraba el montaje HI+HD-, también se le colocaban estos electrodos, aunque no eran necesarios, con el fin de evitar diferencias entre los montajes y que la paciente o la administradora pudiera identificar los montajes.

Cada una de las sesiones de estimulación se contrabalanceó con una condición *sham* para poder comparar los resultados con una medida de control. En la estimulación *sham* de cada montaje, se proporcionaba estimulación correspondiente (HI+HD- o HI+HD+) durante 15 segundos al inicio de la estimulación y posteriormente se desconectaba la estimulación. De esta forma se trata de conseguir que el sujeto no distinga la estimulación *sham* de la activa. De manera informal se le preguntó a la paciente sobre la estimulación y no reportó diferencias entre las condiciones *sham* y activas.

Resultados

Para el cálculo del rendimiento global se sumaron los resultados obtenidos en cada sesión de cada condición, es decir, se sumaron los datos obtenidos en las dos sesiones de estimulación ++, los de las correspondientes sesiones sham ++, los de las sesiones de estimulación +- y las dos sesiones sham +-. Esto se realizó, gracias a que, como se mostrará a continuación, no se observaron diferencias significativas entre tales condiciones. Los resultados en términos de porcentajes se muestran en la tabla 2.

Para el análisis de los datos se usaron los estadísticos Tau y Tau-U, son estadísticos no-paramétricos derivados de la prueba de rangos de Kendall y de la U de Mann-Whitney. Son medidas de no-solapamiento y no están sujetas a la obligación de presentar una distribución concreta (e.g., distribución normal). Mientras que Tau es una medida simple de solapamiento, es decir, de diferencias entre datos, Tau-U tiene la ventaja añadida de controlar la existencia de tendencias, incrementos o decrementos, en la línea base e incluso en la fase de tratamiento (Parker, Vannest, Davis & Sauber, 2011). Los índices Tau deben entenderse como la proporción de mejora (o de empeoramiento, si el índice es negativo) de la fase de intervención comparado con la de línea base. Está especialmente diseñado para el estudio de tratamientos en estudios de caso único (e.g., Galleta & Vogel-Eyny, 2015). Inicialmente se realizaron comparaciones con el estadístico Tau para analizar la posible existencia de diferencias entre las dos sesiones de cada condición (e.g., sham1++ y sham2++). Como no se dieron diferencias entre estas condiciones, los datos se colapsaron para las posteriores comparaciones. Se realizaron análisis comparando cada condición de estimulación activa con su correspondiente sesión de estimulación sham en cada una de las tareas experimentales mediante el estadístico Tau-U, es decir, controlando la posible existencia de tendencias en la línea base. Esta comparación permite ver el efecto de la estimulación activa sobre la ausencia de la misma, es decir, sobre la condición sham. Posteriormente se compararon las ganancias o pérdidas obtenidas con cada una de las estimulaciones activas (para ello se restó a cada condición activa su condición sham) con el objetivo de identificar si es la mera estimulación activa (de cualquier polaridad) la responsable de los beneficios o es el montaje concreto empleado, HI+HD+ o HI+HD-, el responsable de los mismos.

Para los análisis se empleó la calculadora Tau-U (ver Vannest, Parker, Gonen & Adiguzel, 2016) disponible en <http://www.singlecaseresearch.org/calculators/tau-u>.

Denominación de acciones

Antes de iniciar las comparaciones entre condiciones, se analizó si existían diferencias entre las dos sesiones de estimulación sham (sham 1 y sham 2) y las de las condiciones de estimulación activa HI+HI+. El análisis muestra, como era de esperar, ausencia de diferencias significativas, tanto entre las dos sesiones sham, $Tau=0.033$, $Z=0.221$, $p=.824$, como en las dos condiciones de estimulación HI+HD+, $Tau=0.1$, $Z=-0.6653$, $p=0.5059$. En consecuencia se colapsaron los datos de ambas sesiones en cada una de las condiciones. Los resultados de la comparación entre la condición sham y la condición HI+HD+, a través del estadístico Tau-U se muestra en la tabla 2. Como puede observarse, el montaje HI+HD+ tiene un efecto detrimental sobre la denominación de verbos, es decir, comparado con su condición sham el rendimiento de la paciente decrece significativamente desde una proporción de acierto de 0.58 a 0.42.

Al comparar las dos sesiones sham y las dos sesiones de estimulación activa en la condición HI+HD- tampoco se encontraron diferencias, respectivamente, $Tau=0.167$, $Z=1.108$, $p=.267$, $Tau=0.033$, $Z=0.221$, $p=.824$. En consecuencia, al igual que en la condición anterior, se colapsaron los datos de ambas sesiones de forma previa a la comparación entre sham y la estimulación activa. El análisis de esa comparación mostró que a pesar de que la proporción de aciertos es mayor en la condición de estimulación HI+HD-, esta no tuvo efectos significativos sobre la denominación de verbos (ver tabla 2).

Para analizar si una estimulación es mejor que otra, se compararon los efectos de ambas estimulaciones. Para ello se restaron en cada una de las condiciones los resultados de la estimulación sham o los de la estimulación activa y posteriormente se compararon estos efectos (se consideró línea base aquel efecto que fuera menor en términos absolutos). Como era de esperar, vistos los resultados anteriores, se observaron diferencias entre los dos tratamientos, que en este caso indican que con el montaje HI+HD+ se produce un efecto negativo mayor que el que produce la estimulación con el montaje HI+HD- (ver tabla 2). Es decir, el efecto detractor de la estimulación HI+HD+ no se debe a la mera presencia de estimulación activa, sino que es dependiente del montaje, e indica que la estimulación positiva del lado derecho tiene efectos detractores comparados tanto con una condición sham como con una condición de estimulación HI+HD-.

Denominación de Objetos

No se observaron diferencias entre las dos estimulaciones *sham* y las dos estimulaciones activas de la condición HI+HD+, respectivamente, $Tau=0.1$, $Z=0.665$, $p=.506$ y $Tau=-0.1$, $Z=-0.665$, $p=.506$, por lo que se colapsaron los datos de ambas sesiones. A pesar de un leve incremento en el número de aciertos, la comparación entre la condición HI+HD+ y su correspondiente *sham*, no resultó significativa (ver tabla 2).

En cuanto al análisis de los resultados en la condición HI+HD-, se colapsaron los datos dado que no existían diferencias entre las sesiones *sham*, $Tau=0.2$, $Z=1.331$, $p=.183$, ni tampoco entre las sesiones de estimulación activa +-, $Tau=0.067$, $Z=-0.443$, $p=.657$. La posterior comparación no muestra diferencias entre la condición *sham* y la activa (ver tabla 2).

Cuando se comparó la ganancia obtenida en ambos tipos de estimulación, no se observaron diferencias significativas, las ganancias, no significativas, obtenidas en ambos casos no diferían si se administraba estimulación HI+HD+ o HI+HD-.

Juicios de Gramaticalidad

Las comparaciones no mostraron diferencias entre las sesiones de estimulación *sham*, $Tau=0.05$, $Z=0.385$, $p=0.7$, y las sesiones de estimulación HI+HD+, $Tau=0.125$, $Z=-0.962$, $p=.336$, por lo que se colapsaron los datos de ambas sesiones. Posteriormente se comparó la estimulación activa con la *sham*. A pesar que la mejora es casi del 7%, los resultados muestran que la estimulación activa no difería en sus efectos de lo obtenido en la condición *sham* (ver tabla 2).

En el caso de la estimulación *sham* y activa HI+HD-, también se colapsaron los datos de las dos sesiones al no existir diferencias ni entre las dos sesiones *sham*, $Tau=-0.025$, $Z=-0.192$, $p=.847$, ni entre las dos sesiones de estimulación activa HI+HD-, $Tau=0$, $Z=0$, $p=.99$. La comparación entre la condición *sham* y la activa, no arrojó diferencias significativas (ver tabla 2).

Al igual que en el caso de la denominación de objetos, no se encontraron diferencias significativas entre el tamaño de los efectos de estimulación activa (ver tabla 2).

Repetición de Palabras

En la condición HI+HD+ no se observaron diferencias entre las sesiones *sham* por un lado, $Tau=-0.094$, $Z=-0.644$, $p=.519$, y de estimulación activa por otro, $Tau=-0.094$, $Z=-0.644$, $p=.519$, así que antes de comparar una con otra se colapsaron los datos de las sesiones. La comparación *sham* versus estimulación HI+HD+ no resultó significativa (ver tabla 2).

No se hallaron diferencias entre las sesiones *sham*, $Tau=-0.062$, $Z=-0.430$, $p=.667$, ni entre las sesiones de estimulación HI+HD-, $Tau=0$, $Z=0$, $p=.99$. La comparación *sham* vs estimulación activa con los datos colapsados no arrojó diferencias significativas (ver tabla 2).

Finalmente, no se encontraron diferencias en los tamaños, ambos no significativos, de las estimulaciones activas, HI+HD+ vs HI+HD- (ver tabla 2).

Repetición de Pseudopalabras

La comparación de las sesiones *sham* y estimulación activa de la condición HI+HD+ mostró ausencia de diferencias significativas, tanto entre las dos sesiones *sham*, $Tau=-0.033$, $Z=-0.222$, $p=.824$, como entre las dos condiciones de estimulación HI+HD+, $Tau=-0.067$, $Z=0.4435$, $p=0.657$. Una vez colapsadas ambas sesiones, la comparación entre la condición *sham* y la condición HI+HD+, no mostró efectos significativos (ver tabla 2).

El análisis de los resultados en la condición HI+HD- mostró resultados similares. La comparación de las sesiones mostró ausencia de diferencias tanto en la condición *sham*, $Tau=0$, $Z=0$, $p=.99$, como en la condición de estimulación activa, $Tau=-0.1$, $Z=-0.6653$, $p=0.5059$. La comparación de las condiciones *sham* y activa no mostró diferencias significativas (ver tabla 2).

Cuando se comparó el tamaño de los efectos de ambas estimulaciones, tampoco se encontraron diferencias (ver tabla 2).

Tabla 2

Resultados de las comparaciones en las diferentes tareas entre las condiciones de estimulación activa y su correspondiente activación sham y comparación del tamaño de las ganancias obtenidas en cada uno de los tratamientos. En negrita los resultados significativos ($p < .05$)

Tarea	Comparación	Tau	Z	P
Denominación de Verbos	Sham vs ++	-0.2331	-2.2018	0.0277
	Sham vs +-	0.0581	0.5485	0.5834
	+ - vs ++	0.2656	2.5088	0.0121
Denominación de Objetos	Sham vs ++	0.0558	0.5275	0.5979
	Sham vs +-	0.0489	0.4619	0.6442
	+ - vs ++	0.015	0.1417	0.8873
Juicios de Gramaticalidad	Sham vs ++	0.0638	0.6962	0.4863
	Sham vs +-	0.0489	0.4619	0.6442
	+ - vs ++	0.0314	0.343	0.7316
Repetición de Palabras	Sham vs ++	0.0334	0.3264	0.7441
	Sham vs +-	0.1255	1.2248	0.2207
	+ - vs ++	0.0532	0.5194	0.6034
Repetición de Pseudopalabras	Sham vs ++	-0.169	-0.1601	0.8728
	Sham vs +-	-0.0261	-0.2467	0.8052
	+ - vs ++	-0.0186	-0.1758	0.8604

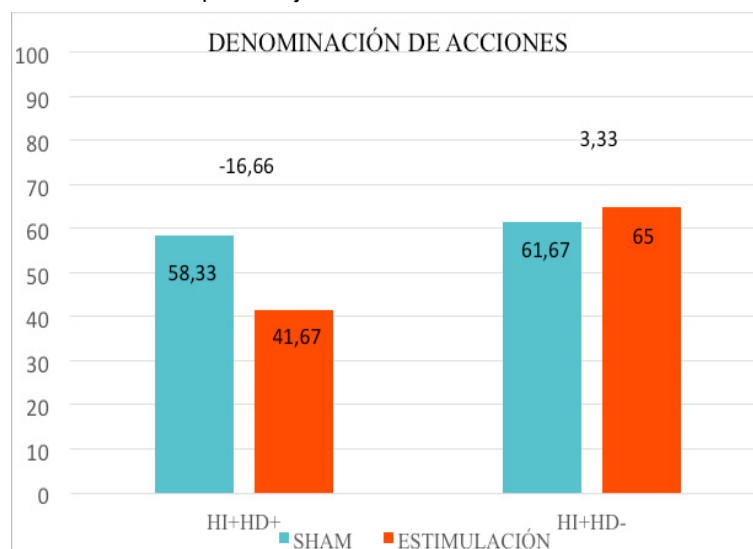
Discusión

El objetivo de esta investigación era analizar el papel del HD en la rehabilitación de distintos comportamientos lingüísticos; repetición, denominación y juicios de gramaticalidad en una paciente con afasia. Para ello se usaron diferentes montajes, HI+HD+ y HI+HD- y sus correspondientes condiciones *sham*. En los resultados expuestos en el epígrafe anterior se observa que en la mayoría de las tareas la estimulación eléctrica, bien HI+HD+ o HI+HD-, comparada con la condición *sham* no produce efectos. Aunque en la mayoría de los casos, como son la denominación de objetos, juicios de gramaticalidad y repetición de palabras, se puede observar una mejora (ver figuras 2, 3 y 4), esta no llega a ser significativa. Se da una leve reducción en el rendimiento, no significativa, en las tareas de repetición de pseudopalabras para ambos montajes (ver figura 5). El dato más relevante es que se produce un decremento significativo en denominación de acciones para el montaje HI+HD+ (ver figura 1). A continuación comentamos con más detalle los resultados en cada tarea.

El resultado más interesante de todos lo encontramos en la tarea de denominación de acciones (ver figura 1). Si bien en el caso del montaje HI+HD-, encontramos un aumento no significativo en la proporción de aciertos de un 3,33%, en el montaje HI+HD+, al compararlo con su condición *sham*, aparece una pérdida significativa del 16,66%.

Figura 1

Gráfica de los resultados en porcentajes de la tarea de denominación de acciones

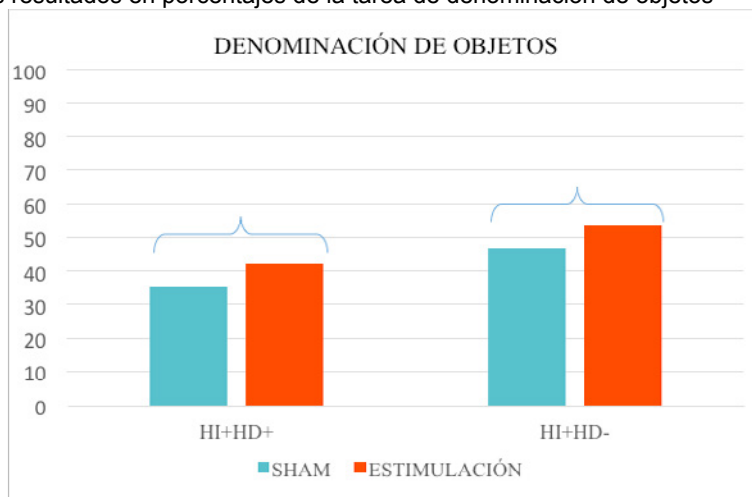


Estos resultados indican que el montaje HI+HD+ empeora el rendimiento en comparación con la ausencia de estimulación. Cuando se compara la estimulación HI+HD+ con el montaje HI+HD- las diferencias son también significativas, la estimulación HI+HD+ tiene efectos negativos cuando se compara con otra estimulación activa, que en este caso estimula negativamente el lado derecho.

En la tarea de denominación de objetos encontramos que en ambas condiciones de estimulación activa se aprecia un leve incremento del número de aciertos si se compara con la condición *sham* (una ganancia del 6,67% para el montaje HI+HD+ y del 6,66% para el montaje HI+HD-), pero las diferencias no son significativas. Como se puede apreciar, ambos montajes tienen efectos similares pero no son suficientes para poder concluir que son efectivos.

Figura 2

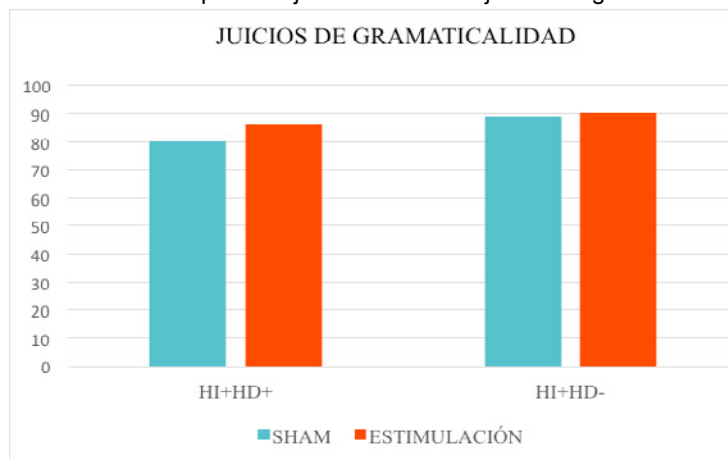
Gráfica de los resultados en porcentajes de la tarea de denominación de objetos



Con respecto a la tarea de juicios de gramaticalidad, encontramos diferencias en ambas condiciones de estimulación activa en comparación con la condición de *sham* (una ganancia del 6,25% en el caso del montaje HI+HD+ y una ganancia del 1,25% en el montaje HI+HD-) aunque en ninguno de los casos los efectos son significativos. Si bien la diferencia es mayor para el montaje HI+HD+ (un incremento del 5% con respecto al montaje HI+HD-), tampoco es significativa. Es posible que el buen rendimiento que se observa ya en la condición *sham* de la paciente en esta tarea, un 80% de aciertos, de poco margen a la mejora, de modo que el incremento que se produce no sea suficiente para que sea significativo. Es posible además, que estas puntuaciones no hayan permitido observar una mayor mejora que pudiera ser significativa con la estimulación HI+HD+. En este caso los datos sugerirían que la estimulación + del HD facilitaría las tareas de juicio de gramaticalidad. Futuros estudios tendrán que evaluar esta posibilidad, pues la visión general es que la sintaxis es básicamente una función del hemisferio izquierdo Aunque nuestros datos muestren una tendencia en sentido contrario, el análisis de los datos no permite afirmar que los montajes activos sean mejores que la condición *sham* ni que exista diferencias entre estos montajes.

Figura 3

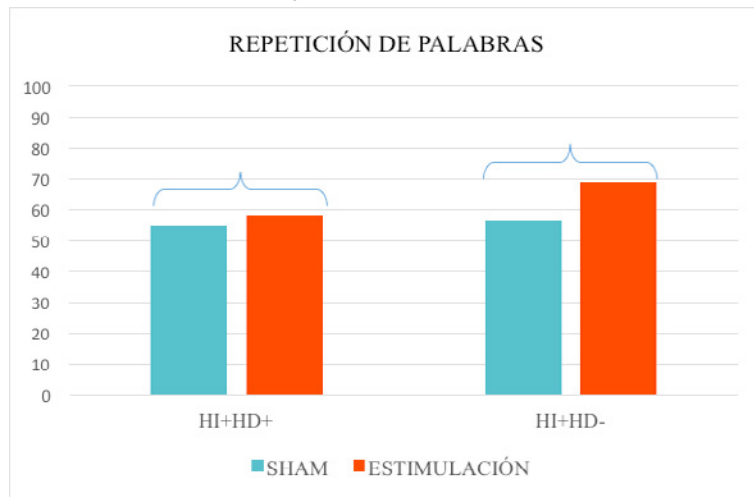
Gráfica de los resultados en porcentajes de la tarea de juicios de gramaticalidad



La tarea de repetición de palabras muestra diferencias no significativas entre las condiciones de estimulación activa y *sham* (un aumento del 3,12% en la estimulación HI+HD+ y un aumento del 12,5% en la estimulación HI+HD-). Esta ganancia de 9,38% indica una mejora de la estimulación HI+HD- frente a la estimulación HI+HD+, aunque como ya hemos indicado, no es una mejora significativa.

Figura 4

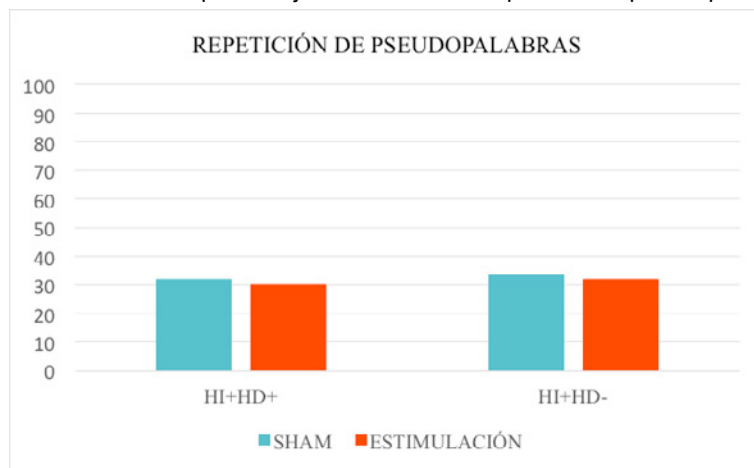
Gráfica de los resultados en porcentajes de la tarea de repetición de palabras



Por último, en la tarea de repetición de pseudopalabras, al comparar los resultados entre las condiciones de estimulación activa y las condiciones *sham*, podemos observar que las diferencias no resultan significativas, en ambos casos suponen una muy leve pérdida (descenso del 1,66% en el montaje HI+HD+ y descenso del -1,67% en el montaje HI+HD-). Podemos concluir que no existe diferencia alguna entre la estimulación (ya sea positiva o negativa) y la condición *sham*.

Figura 5

Gráfica de los resultados en porcentajes de la tarea de repetición de pseudopalabras



En general, solo una tarea ha resultado ser estadísticamente significativa: la pérdida para el montaje HI+HD+ en la tarea de denominación de acciones. Esta diferencia significativa indica que al estimular positivamente el HD se produce un efecto inhibitorio para los verbos, apoyando la idea, por tanto, de que el HD tiene un papel perjudicial en la recuperación de verbos. Estos resultados son contrarios a lo que predicen autores como Kemmerer (2015), que encuentra que el montaje HI+HD+ es beneficioso para los verbos pero no para los objetos. El hecho de que solo encontremos efectos significativos en esta tarea, sugiere que la organización de las funciones para la denominación de los verbos podría ser diferente que para las tareas de repetición, juicios de gramaticalidad y denominación de objetos. De hecho, Kemmerer (2015) encontró que los verbos están representados en ambos hemisferios mientras que los nombres se asocian más al HI, al igual que la comprensión de oraciones (Friederici, 2002). Aunque los resultados en juicios de gramaticalidad, en los que se observa una mejora

considerable, aunque no significativa, con el montaje HI+HD+, resultan extraños, puesto que como hemos indicado anteriormente, la sintaxis se considera claramente una función propia del HI y no del HD. Esta ganancia puede deberse a la estimulación positiva de estructuras como el giro frontal inferior, que es relevante para la función ejecutiva, de forma que ambos hemisferios podrían estar facilitando la decisión en la tarea de juicio gramaticalidad. Debe recordarse que es la única tarea en la que se exige al paciente una toma de decisiones y que, dado que la oración se presenta de forma oral, implica una alta demanda de memoria operativa.

Por otra parte, parece interesante la diferencia encontrada entre ambas tareas de repetición. El hecho de que se produzca una ganancia considerable, aunque no significativa, en la tarea de repetición de palabras y no en la repetición de pseudopalabras, parece indicar que la estimulación podría estar favoreciendo la activación del léxico.

En definitiva, en general, la tDCS no ha mostrado ser mejor que la condición *sham* en este estudio. Un estudio reciente sugiere que los efectos de la estimulación eléctrica si bien son robustos en las comparaciones de grupo, muestran escasa fiabilidad test-retest en casos individuales (Dyke, Kim, Jackson & Jackson, 2016). Es posible, por tanto, que esa falta de fiabilidad esté afectando a nuestros datos y sean necesarios más sujetos para abordar la cuestión que este estudio trata de abordar. En consonancia con lo anterior, otro dato que cuestiona la efectividad de la estimulación eléctrica es aportado por Wietohff, Hamada y Rothwell (2014), donde la tDCS catodal (10 min, 2 mA) no arrojó efectos significativos.

El hecho de que apenas hayamos obtenido efectos significativos puede deberse a factores como la poca potencia del estudio, ya que las mediciones se realizaron en 4 días distintos. Es posible que el empleo de un mayor número de sesiones nos hubiera proporcionado evidencias más favorables sobre los efectos de la estimulación eléctrica online. Otro factor a tener en cuenta son las diferencias individuales. Autores como Bikson, Datta y Rahman (2012) proponen que ciertas características anatómicas (como el grosor o densidad del cráneo) influyen en el flujo de corriente, mientras que otros autores apoyan la idea de que la edad (Fujiyama, Hyde, Hinder y Summers, 2014) o incluso el perfil genético (Li, Uehara y Hanakawa, 2015) pueden influir en los resultados. Por último, otro posible problema es la intensidad con la que se estimuló a la paciente. Según Iyer et al. (2005), en caso de aplicar intensidades inferiores a 2 mA, pueden no aparecer efectos.

De acuerdo con nuestros resultados, el HD parece tener un papel perjudicial en la recuperación de verbos. En el resto de tareas, la estimulación no ha resultado ser efectiva.

Consideramos que sería interesante investigar qué resultados se pueden obtener si se administrara un mayor número de sesiones y se aumentara la intensidad de la estimulación.

Referencias

- Aguiar, V., Paolazzi, C. L., & Miceli, G. (2015) tDCS in post-stroke aphasia: the role of stimulation parameters, behavioral treatment and patient characteristics. *Cortex*, 63, 296-316.
- Antal, A., Nitsche, M. A., & Paulus, W. (2001). External modulation of visual perception in humans. *Neuroreport*, 12(16), 3553-3555.
- Ardila, A. (2005). *Las afasias*. México: Universidad de Guadalajara.
- Baker, J. M., Rorden, C., & Fridriksson, J. (2010). Using transcranial direct current stimulation (tDCS) to treat stroke patients with aphasia. *Stroke*, 41(6), 1229-1236.
- Barroso, J., y Nieto, A. (1996). Asimetría cerebral: Hemisferio derecho y lenguaje. *Psicología Conductual*, 4(3), 285-305.
- Basso, A., Gardelli, M., Grassi, M. P., & Mariotti, M. (1989). The role of the right hemisphere in recovery from aphasia. Two case studies. *Cortex*. 25(4), 555-566.
- Belin, P., Van Eeckhout, P., Zilbovicius, M., Remy, P., François, C., Guillaume, S., Chain, F., Rancurel, G., & Samson, Y. (1996). Recovery from nonfluent aphasia after melodic intonation therapy: a PET study. *Neurology*, 47(6), 1504-1511.
- Berthier, M. L. (2005). Poststroke aphasia: Epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drugs & Aging*, 22(2), 163-182.
- Berthier, M. L., García-Casares, N., Walsh, F. S., Nabrozidis, A., Ruíz de la Mier, J. R., Green, C., Dávila, G., Gutierrez, A., & Pulvermüller, F. (2011). Recovery from Post-stroke Aphasia: Lessons from Brain Imaging and Implications for Rehabilitation and Biological Treatments. *Discovery Medicine*, 12(65), 275-289.
- Bikson, M., Rahman, A., & Datta, A. (2012). Computational models of transcranial direct current stimulation. *Clinical EEG and neuroscience*, 43(3), 176-183.

- Boggio, P. S., Nunes, A., Rigonatti, S. P., Nitsche, M. A., Pascual-Leone, A., & Fregni, F. (2007). Repeated sessions of noninvasive brain DC stimulation is associated with motor function improvement in stroke patients. *Restorative neurology and neuroscience*, 25(2), 123-129.
- Cattaneo, Z., Pisoni, A., & Papagno, C. (2011). Transcranial direct current stimulation over Broca's region improves phonemic and semantic fluency in healthy individuals. *Neuroscience*, 2(183), 64-70.
- Cavas, M., y Navarro, J. F. (2005). Tratamiento farmacológico de las afasias. *Psiquiatría Biológica*, 12(3), 117-122.
- Cohen Kadosh, R., Soskic, S., Luculano, T., Kanai, R., & Walsh, V. (2010). Modulating neuronal activity produces specific and long-lasting changes in numerical competence. *Current Biology*, 20(2), 2016-2020.
- Cuetos, F. y González-Nosti, M. (2009). *Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos*, BETA. Madrid: EOS.
- Daffertshofer, A., Peper, C. L., & Beek, P. J. (2005). Stabilization of bimanual coordination due to active interhemispheric inhibition: a dynamical account. *Biological Cybernetic*, 92(2), 101-109.
- Damasio, A. R., & Tranel, D. (1993). Nouns and verbs are retrieved with differently distributed neural systems. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 90, 4957-4960.
- Díaz-Guzmán, J., Egido, J. A., Gabriel-Sánchez, R., Barberá-Comes, G., Fuentes-Gimeno, B., Fernández-Pérez, C. (2012). Stroke and transient ischemic attack incidence rate in Spain: the IBERICTUS study. *Cerebrovascular Diseases Journal*, 34(4), 272-281.
- Dyke, K., Kim, S., Kackson, G. M., & Jackson, S.R. (2016). Intra-Subject Consistency and Reliability of Response Following 2mA Transcranial Direct Current Stimulation. *Brain Stimulation*, 9(6), 819-825.
- Fertonani, A., Rosini, S., Cotelli, M., Rossini, P. M., & Miniussi. (2010). Naming facilitation induced by transcranial direct current stimulation. *Behavioural Brain Research*, 208(2), 311-318.
- Filmer, H. L., Dux, P. E., & Mattingley, J. B. (2014). Applications of transcranial direct current stimulation for understanding brain function. *Trends in Neurosciences*, 37(12), 742-753.
- Fiori, V., Coccia, M., Marinelli, C. V., Vecchi, V., Bonifazi, S., Ceravolo, M. G., Provinciali, L., Tomaiuolo, F., & Marangolo, P. (2011). Transcranial direct current stimulation improves word retrieval in healthy and nonfluent aphasic subjects. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 23(9), 2309-2323.
- Flöel, A., Meinzer, M., Kirstein, R., Nijhof, S., Deppe, M., Knecht, S., & Breitenstein, C. (2011). Short-term anomia training and electrical brain stimulation. *Stroke*, 42(7), 2065-2067.
- Fregni, F., Boggio, P. S., Valle, A. C., Rocha, R. R., Duarte, J., Ferreira, M. J., Wagner, T., Fecteau, S., Rigonatti, S. P., Riberto, M., Freedman, S. D., & Pascual-Leone, A. (2006). A sham-controlled trial of a 5-day course of repetitive transcranial magnetic stimulation of the unaffected hemisphere in stroke patients. *Stroke*, 37(8), 2115-2122.
- Fridriksson, J., Richardson, J. D., Baker, J. M., & Rorden, C. (2011). Transcranial direct current stimulation improves naming reaction time in fluent aphasia: a double blind, sham-controlled study. *Stroke*, 42(3), 819-821.
- Fridriksson, J., Richardson, J. D., Fillmore, P., & Cai, B. (2012). Left hemisphere plasticity and aphasia recovery. *NeuroImage*, 60(2), 854-863.
- Friederici, A. (2002). Towards a neural basis of auditory sentence processing. *Trends in Cognitive Science*, 6, 78-84.
- Fujiyama, H., Hyde, J., Hinder, M. R., Kim, S. J., McCormack, G. H., Vickers, J. C., & Summers, J. J. (2014). Delayed plastic responses to anodal tDCS in older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6(6), 115.
- Gainotti, G. (1993). The riddle of the right hemisphere's contribution to the recovery of language. *European Journal of disorders of communication*, 28(2), 227-246.
- Hamilton, R. H., Evangelia, G., Chrysikou, E. G., & Coslett, B. (2011). Mechanisms of aphasia recovery after stroke and the role of noninvasive brain stimulation. *Brain and Language*, 118(1-2), 40-50.
- Heiss, W. D., & Thiel, A. (2006). A proposed regional hierarchy in recovery of post-stroke aphasia. *Brain and Language*, 98(1), 118-123.
- Iyer, M. B., Mattu, U., Grafma, J., Lomarev, M., Sato, S., & Wassermann, E. M. (2005). Safety and cognitive effect of frontal DC brain polarization in healthy individuals. *Neurology*, 64(5), 872.
- Kang, E. K., Kim, Y. K., Sohn, H. M., Cohen, L. G., & Paik, N. J. (2011). Improved picture naming in aphasia patients treated with cathodal tDCS to inhibit the right Broca's homologue area. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 29(3), 141-152.

- Karbe, H., Thiel, A., Weber-Luxenburger, G., Herholz, K., Kessler, J., & Heiss, W. D. (1998). Brain plasticity in poststroke aphasia: what is the contribution of the right hemisphere? *Brain and Language*, 64(2), 215-230.
- Kemmerer, D. (2015). *Cognitive neuroscience of language*. New York: Psychology Press.
- Kuo, H. L., Bikson, M., Datta, A., Minhas, P., Paulus, W., Kuo, M. F., & Nitsche, M. A. (2013). Comparing cortical plasticity induced by conventional and high-definition 4x1 ring tDCS: A neurophysiological study. *Brain Stimulation*, 6(4), 644-648.
- Laska, A. C., Hellblom, A., Murray, V., Kahan, T., & Von Arbin, M. (2001). Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *Journal of Internal Medicine*, 249(5), 413-422.
- Lazar, R. M., Speizer, A. E., Festa, J. R., Krakauer, J. W., & Marshall, R. S. (2008). Variability in language recovery after first-time stroke. *Journal of Neurology, neurosurgery and psychiatry*, 79(5), 530-534.
- Lee, S., Cheon, H., Yoon, K., Chang, W., & Kim, Y. (2013). Effects of dual transcranial direct current stimulation for aphasia in chronic stroke patients. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 37(5), 603-610.
- Li, L. M., Uehara, K., & Hanakawa, T. (2015). The contribution of interindividual factors to variability of response in transcranial direct current stimulation studies. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 12(9), 181.
- Liebetanz, D., Nitsche, M. A., Tergau, F., & Paulus, W. (2002). Pharmacological approach to the mechanisms of transcranial DC-stimulation-induced after-effects of human motor cortex excitability. *Brain: A Journal of Neurology*, 125(10), 2238-2247.
- Luzzatti, C., Raggi, R., Zonca, G., Pistarini, C., Contardi, A., & Pinna G. D. (2002). Verb-noun double dissociation in aphasic lexical impairments: the role of word frequency and imageability. *Brain and Language*, 81(1-3), 432-444.
- Martin, P. I., Naeser, M. A., Theoret, H., Tormos, J. M., Nicholas, M., Kurland, J., Fregni, F., Seekins, H., Doron, K., & Pascual-Leone, A. (2004). Transcranial magnetic stimulation as a complementary treatment for aphasia. *Seminars in Speech Language*, 25(2), 181-91.
- Medeiros, L. F., de Souza, I., Vidor, L. P., de Souza, A., Deitos, a., Volz, M. S., Fregni, F., Caumo, W., & Torres, I. L. (2012). Neurobiological effects of transcranial direct current stimulation: a review. *Frontiers in Psychiatry*, 3, 110.
- Meinzer, M., Fleisch, T., Breitenstein, C., Wienbruch, c., Elbert, T., & Rockstroh, B. (2008). Functional re-recruitment of dysfunctional brain areas predicts language recovery in chronic aphasia. *Neuro-Image*, 39, 2038-2046.
- Meinzer, M., Jähnigen, S., Copland, D. A., Darkow, R., Grittner, U., Avirame, K., Rodríguez, A. D., Lindenberg, R., & Flöel, A. (2014). Transcranial direct current stimulation over multiple days improves learning and maintenance of a novel vocabulary. *Cortex*, 50, 137-147.
- Monte-Silva, K., Kuo, M. F., Hesseenthaler, S., Fresnoza, S., Liebetanz, D., Paulus, W., & Nitsche, M. A. (2013). Induction of late LTP-like plasticity in the human motor cortex by repeated non-invasive brain stimulation. *Brain Stimulation*, 6(3), 424-432.
- Monti, A., Ferrucci, R., Fumagalli, M., Mameli, F., Cogiamanian, F., Ardolino, G., Priori, A. (2012). Transcranial direct current stimulation (tDCS) and language. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 84(8), 832-842.
- Naeser, M. A., Martin, P. I., Nicholas, M., Baker, E. H., Seekins, H., Kobayashi, M., Theoret, H., Fregni, F., Maria-Tormos, J., Kurland, J., Doron, K. W., & Pascual-Leone, A. (2005). Improved picture naming in chronic aphasia after TMS to part of right Broca's area: an open-protocol study. *Brain and Language*, 93(1), 95-105.
- Nicolosi, L., Harryman, E., & Kresheck, J. (2004). *Terminology of Communication Disorders: Speech-language-hearing* (5th. Ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nitsche, M. A., & Paulus, W. (2000). Excitability changes induced in the human motor cortex by weak transcranial direct current stimulation. *The Journal of Physiology*, 527(3), 633-639.
- Nitsche, M. A., & Paulus, W. (2001). Sustained excitability elevations induced by transcranial DC motor cortex stimulation in humans. *Neurology*, 57, 1899-1901.
- Nitsche, M. A., Liebetanz, D., Lang, N., Antal, A., Tergau, F., & Paulus, W. (2003). Safety criteria for transcranial direct current stimulation (tDCS) in humans. *Clinical neurophysiology: oficial journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 114(11), 2220-2222.
- Nitsche, M. A., Liebetanz, D., Schlitterlau, A., Henschke, U., Fricke, K., Frommann, K., Lang, N., Henning, S., Paulus, W., & Tergau, F. (2004). GABAergic modulation of DC stimulation-induced motor cortex excitability shifts in humans. *European Journal of Neuroscience*, 19(10), 2720-2726.
- Nitsche, M. A., Seeber, A., Frommann, K., Klein, C. C., Rochford, C., Nitsche, M. S., Fricke, K., Liebetanz, D., Lang, N., Antal, A., Paulus, W., & Tergau, F. (2005). Modulating parameters of excitability

- during and after transcranial direct current stimulation of the human motor cortex. *The Journal of Physiology*, 568(1), 291-303.
- Pal, P. K., Hanajima, R., Gunraj, C. A., Li, J.Y., Wagle-Shukla, A., Morgante, F., & Chen, R. (2005). Effect of low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation on interhemispheric inhibition. *The Journal of Neurophysiology*, 94(3), 1668–1675.
- Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L., Sauber, S. B. (2011). Combining nonoverlap andtrand for single-case research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42(2), 284-299.
- Postman-Caucheteux, W.A., Birn, R. M., Pursley, R. H., Butman, J.A., Solomon, J.M., Picchioni, D., McArdle, J., & Braun, A. R. Single-trial fMRI shows contralesional activity linked to overt naming errors in chronic aphasic patients. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(6), 1299-1318.
- Prehn, K. & Flöel, A. (2015). Potentials and limits to enhance cognitive functions in healthy and pathological aging by tDCS. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 9, 355.
- Priori, A., Berardelli, A., Rona, S., Accornero, N., & Manfredi, M. (1998). Polarization of the human motor cortex through the scalp. *NeuroReport*, 9, 2257-2260.
- Raboyeau, G., De Boissezon, X., Marie, N., Balduyck, S., Puel, M., Bézy, C., Démonet, J. F., & Cardebat, D. (2008). Right hemisphere activation in recovery from aphasia. Lesion effect or function recruitment? *Neurology*, 70(4), 290-298.
- Rehme, A. K., Eickhoff, S.B., Wang, L. E., Fink, G. R., Grefkes, C. Dynamic causal modeling of cortical activity from the acute to the chronic stage after stroke. *NeuroImage*, 55(3), 1147–1158.
- Rehme, A. K., Eickhoff, S. B., Wang, L. E., Fink, G. R., & Grefkes, C. (2011). Dynamic causal modeling of cortical activity from the acute to the chronic stage after stroke. *NeuroImage*, 55(3), 1147-1158.
- Reis, J., Schambra, H., Cohen, L., G., Buch, E. R., Fritsch, B., Zarahán, E., Celnik, P. A., & Krakauer, J. W. (2009). Noninvasive cortical stimulation enhances motor skill acquisition over multiple days through an effect on consolidation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(5), 1590-1595.
- Ren, C. L., Zhang, G. F., Xia, N., Jin, C. H., Zhang, X.H., Hao, J.F., Guan, H. B., Tang, H., Li, J. A., Cai, D. L. (2014). Effect of low-frequency rTMS on aphasia in stroke patients: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Plos One*, 9(7).
- Rosen, H. J., Petersen, S. E., Linenweber, M. R., Snyder, A. Z., White, D. A., Chapman, L., Dromerick, A. W., Fiez, J. A., & Corbetta, M. D. (2000). Neural correlates of recovery from aphasia after damage to left inferior frontal cortex. *Neurology*, 26, 1883-1894.
- Ross, L. A., McCoy, D., Coslett, H. B., Olson, I. R., & Wolk, D. A. (2011). Improved proper name recall in aging after electrical stimulation of the anterior temporal lobes. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 3, 16.
- Saur, D., Lange, R., Baumgaertner, A., Schraknepper, V., Willmes, K., Rijntjes, M., & Weiller, C. (2006). Dynamics of language reorganization after stroke. *Brain: A Journal of Neurology*, 129, 1371-1384.
- Sela, T., & Lavidor, M. (2014). High-level cognitive functions in healthy subjects. *The stimulated brain: cognitive enhancement using non-invasive brain stimulation* (pp. 299-329). London: Academic Press.
- Shah, P., Szaflarski, J. P., Allendorfer, J., & Hamilton, R. H. (2013). Induction of neuroplasticity and recovery in post-stroke aphasia by non-invasive brain stimulation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 888.
- Shimizu, T., Hosaki, A., Hino, T., Sato, M., Komori, T., Hirai, S., & Rossini, P. M. (2002). Motor cortical disinhibition in the unaffected hemisphere after unilateral cortical stroke. *Brain: A Journal of Neurology*, 125(8), 1896-1907.
- Smania, N., Gandolfi, M., Aglioti, S. M., Girardi, P., Fiaschi, a., & Girardi, F. (2010). How long is the recovery of global aphasia? Twenty-five years of follow-up in a patient with left hemisphere stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 24(9), 871-875.
- Sparing, R., Dafotakis, I. G., Thirugnanasambandam, N., & Fink, G. R. (2008). Enhancing language performance with non-invasive brain stimulation - A transcranial direct current stimulation study in healthy humans. *Neuropsychologia*, 46(2008), 261-268.
- Stagg, C. J. & Nitsche, M. A. (2011). Physiological basis of transcranial direct current stimulation. *The Neuroscientist*, 17(1), 37-53.
- Stagg, C. J. (2014). The Physiological Basis of transcranial direct current stimulation. *The Neuroscientist*, 17, 37-53.
- Stagg, C. J., Best, J. G., Stephenson, M. C., O' Shea, J., Wylezinska, M., Kincses, Z. T., Morris, P. G., Matthews, P. M., & Johansen-Berg, H. (2009). Polarity-sensitive modulation of cortical neurotransmitters by transcranial stimulation. *The Journal of Neuroscience*, 29(16), 5202-5206.

- Takeuchi, N., & Izumi, S. (2012). Maladaptive plasticity for motor recovery after stroke: mechanisms and approaches. *Neural Plasticity*, 359728.
- Takeuchi, N., & Izumi, S. (2012). Maladaptive plasticity for motor recovery after stroke: mechanisms and approaches. *Neural Plasticity*, 12.
- Takeuchi, N., Chuma, T., Matsuo, Y., Watanabe, I., & Ikoma, K. (2005). Repetitive transcranial magnetic stimulation of contralesional primary motor cortex improves hand function after stroke. *Stroke*, 36(12), 2681-2686.
- Thiel, A., Herholz, K., Koyuncu, A., Ghaemi, M., Kracht, L. W., Habedank, B., Heiss, & W. D. (2011). Plasticity of language networks in patients with brain tumors: a positron emission tomography activation study. *Annals of Neurology*, 50(5), 620-629.
- Turkeltaub, P. E. (2015). Brain Stimulation and the Role of the Right Hemisphere in Aphasia Recovery. *Current neurology and neuroscience reports*, 15(11), 72.
- Turkeltaub, P. E., Coslett, H. B., Thomas, A. L., Faseyitan, O., Benson, J., Norise, C., & Hamilton, R. H. (2012). The right hemisphere is not unitary in its role in aphasia recovery. *Cortex*, 48(9), 1179-1186.
- Van Oers, C. A. M. M., Vink, M., Van Zandvoort, M. J. E., Van der Worp, H. B., de Haan, E.H.F., Kappelle, L.J., Ramsey, N. F., & Dijkhuizen, R. M. (2010). Contribution of the left and right inferior frontal gyrus in recovery from aphasia. A functional MRI study in stroke patients with preserved hemodynamic responsiveness. *NeuroImage*, 49, 885-893.
- Vargha-Khadem, F., Carr, L. J., Isaacs, E., Brett, E., Adams, C., & Mishkin, M. (1997). Onset of speech after left hemispherectomy in a nine-year-old boy. *Brain*, 120, 159-182.
- Vines, B., W., Norton, A. C., & Schlaug, G. (2011). Non-invasive brain stimulation enhances the effects of melodic intonation therapy. *Frontiers in Psychology*, 26(2), 230.
- Wan, C. Y., Zheng, X., Marchina, S., Norton, A., & Schlaug, G. (2014). Intensive therapy induces contralateral white matter changes in chronic stroke patients with Broca's aphasia. *Brain and Language*, 136, 1-7.
- Wiethoff, S., Hamada, M., & Rothwell, J. C. (2014). Variability in response to transcranial direct current stimulation of the motor cortex. *Brain Stimulation*, 7(3), 469-475.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

Estilos, estrategias y variables personales del alumnado novel universitario

Trabajo Fin de Grado de Luis Fernández Mármol,
tutorizado por Ángela M.^a Muñoz Sánchez

Resumen

El presente estudio se enmarca dentro de una línea de innovación educativa dirigida a desarrollar acciones de acogida y orientación al alumnado universitario. Entendiendo que es preciso conocer las características de dicho alumnado para diseñar programas eficaces y adecuados, este trabajo se plantea como objetivo realizar una descripción de los estilos y estrategias de afrontamiento que utilizan los estudiantes universitarios noveles, así como su relación con las variables personales de sexo, estrés percibido, autoeficacia percibida y optimismo disposicional.

Para ello, se aplicó a una muestra de 140 alumnos de primer curso de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga la Escala de Afrontamiento de Frydenberg, así como diversos cuestionarios de personalidad.

Los resultados indicaban que los alumnos tienden a usar el estilo adaptativo, aunque la estrategia más frecuente es la de preocupación, perteneciente al estilo improductivo. Además, se observan diferencias significativas entre chicos y chicas en las estrategias utilizadas, así como relaciones entre estilos de afrontamiento y las variables personales evaluadas.

Palabras clave: Afrontamiento, Estilos, Estrategias, Estrés, Autoeficacia, Optimismo disposicional, Universitarios, Bienestar psicológico.

Abstract

The aim of this work is describing coping styles and strategies in young university students, as well as their relation to gender and some personality variables; such as perceived stress, perceived self-efficacy and dispositional optimism. The sample is composed of 140 first-year students from the Faculty of Psychology of the University of Málaga. In the analysis, adaptive style is more used than inadaptive, but the most used strategy ("concerning") belongs to improductive style. In addition, significant differences were found between boys and girls. The correlation between the other personal variables and the coping styles is also observed, as indicated in the previous studies.

Keywords: Coping styles, coping strategies, perceived stress, perceived self - efficacy, dispositional optimism, university students, psychological well-being.

Introducción

Marco teórico

La entrada a la vida universitaria no solo supone un cambio en la metodología de aprendizaje para muchos alumnos y alumnas, supone además un cambio a nivel personal y social, dejando atrás la adolescencia y convirtiéndose en jóvenes adultos. Es un momento crucial a nivel evolutivo y personal (Bouteyre, Maurel y Bernaud, 2006) pues, como afirman Cornejo y Lucero (2005), en la adaptación a la nueva etapa universitaria y social, la mayor parte de los problemas recae en aspectos personales, seguidos de problemas familiares, económicos y del temor al distanciamiento del contexto familiar.

La adaptación a la educación universitaria no está carente de dificultad, de modo que la conjunción de los elementos ya mencionados (cambios sociales, personales y del método de aprendizaje) con el aumento de exigencias de la enseñanza universitaria puede provocar situaciones que causen diferentes niveles de ansiedad y estrés al alumnado (Román, Ortiz y Hernández, 2008). Es aquí donde radica la importancia de los estilos y estrategias de afrontamiento del alumnado, en este caso del alumnado novel, ya que un modo de afrontamiento adecuado puede ayudar a superar esas situaciones críticas de una forma más adaptativa, reducir los niveles de estrés o ansiedad y contribuir al bienestar personal.

La influencia de los estilos y estrategias de afrontamiento en el bienestar del alumnado mantiene un interés vigente en las investigaciones (Spitz, Costantini y Baumann, 2007) pero, a pesar de que la literatura al respecto es muy amplia, no existe un consenso único en cuanto a la definición de afrontamiento. Cabe resaltar la definición del concepto de afrontamiento con más aceptación que es la de Lazarus y Folkman (1984), que lo definen como los esfuerzos conductuales y cognitivos que se desarrollan para manejar un estresor.

Desarrollado de una forma más amplia, se entiende por afrontamiento al conjunto de esquemas mentales intencionales de respuesta (cognitiva, emocional o conductual) dirigidos a manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas internas y ambientales y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona. Esta definición parte desde una perspectiva transaccional, lo que implica que el éxito de cada estrategia de afrontamiento dependerá sobre todo de la interacción entre la situación y la estrategia (Soriano y Monsalve, 2005).

Existe una distinción entre estrategias y estilos de afrontamiento: Mientras que las estrategias de afrontamiento hacen referencia a acciones específicas y de carácter cambiante para afrontar el estrés, los estilos representan formas más estables y consistentes de afrontarlo, constantes en el tiempo. Son las estrategias de afrontamiento, por sus características cambiables y predictivas, las que han centrado las mayorías de investigaciones para su intervención (Pelechano, 1992; Soriano, 2002; Cano, Rodríguez y García, 2007).

Dentro de las estrategias de afrontamiento también existe otra distinción según la perspectiva de estudio, que se refiere a: (I) Estrategias activas o adaptativas, son aquellas cuyo guion de afrontamiento va enfocado a la resolución del problema, cambiar las circunstancias adversas, búsqueda de nuevos recursos personales, desarrollo de habilidades emocionales o de control de la situación. (II) Estrategias desadaptativas, entendemos como tal a la ausencia de estrategias de afrontamiento por parte del individuo para afrontar el problema, o uso de estrategias cuyo enfoque de actuación es la evitación o la evasión.

Esta tipología de estrategias (Krzemien, 2007), aunque lógica y práctica, contradice la definición transaccional de Lazarus y Folkman (1984) dónde el éxito de la estrategia de afrontamiento dependerá de la persona, el ambiente y la interacción entre ambos componentes.

Las investigaciones han acotado las variables y factores que correlacionan e interactúan con las estrategias de afrontamiento. La mayoría de estas investigaciones que se han realizado han tratado de analizar las estrategias enfocadas al ámbito académico, pero los resultados han demostrado que las variables personales y sociales son muy influyentes.

Asumiendo que, en el alumnado de nuevo ingreso el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas se relaciona con una mala adaptación a la vida universitaria (Spitz, Costantini y Baumann, 2007), vamos a considerar aquellas variables que se viene aceptando guardan relación con el afrontamiento del alumnado universitario.

En factores personales como la edad o el sexo, varios estudios han encontrado diferencias significativas entre sexos en el tipo de estrategia de afrontamiento elegida. Así, De Miguel y García (2000) y Guarino y Feldman (1995), encontraron que las mujeres se inclinaban más por el uso de estrategias de afrontamiento activas, enfocadas sobre todo a la búsqueda de apoyo social y centradas en las emociones; mientras que los hombres se decantaban más por el uso de estrategias de evitación y evasión.

Por su parte, Frydenberg y Lewis (1999), analizaron que los hombres utilizaban la búsqueda de diversiones relajantes y las distracciones más que las mujeres, focalizando estas últimas sus estrategias en la emoción. Cuando los hombres aplicaban las estrategias centradas en la emoción, sus resultados y logros académicos tenían una mejoría notable y mantenían su bienestar psicológico. En cuanto al factor de la edad, los estudios han dado bastantes resultados contradictorios entre sí, resaltando tal vez los de Parsons, Frydenberg y Poole (1996) observando que, al aumentar la edad el uso de estrategias del estilo improductivo aumenta en ambos géneros, pero especialmente en las mujeres.

Además, Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez (2005); sugieren que el bienestar psicológico es la variable que más claramente se relaciona con el afrontamiento, por lo que es una de las más usadas como indicador del éxito de las estrategias de afrontamiento. De hecho, numerosos estudios consideran que una estrategia de afrontamiento es acertada cuando contribuye a que el bienestar de la persona mejore (Tapia, Guajardo y Quintanilla, 2008). Centrando más la revisión en la población universitaria, Fierro y Jiménez (2002), y Cornejo y Lucero (2008), encontraron en sus estudios con universitarios que el bienestar personal correlacionaba directamente con las estrategias de afrontamiento del alumnado, a diferencia y por encima de otras variables como adaptación social o locus de control. Observaron, que se producía un mayor aumento del grado de bienestar personal cuando se empleaban estrategias de afrontamiento activas o adaptativas, en concreto cuando se enfocaban en la búsqueda de apoyo social y resolución de problemas.

Otra variable que interactúa con el afrontamiento del estrés o situaciones estresantes, es la autoeficacia percibida. La autoeficacia es definida por Bandura (1997), como el juicio que realiza cada sujeto sobre las capacidades y recursos que posee para resolver un evento dado y en base a las cuales organiza y ejecuta sus actos.

La percepción subjetiva de autoeficacia en el afrontamiento es aceptada como el conjunto de creencias sobre los recursos propios de los que dispone el individuo para afrontar una situación o evento estresante de una forma eficaz y satisfactoria (Godoy-Izquierdo, Godoy, López-Chicheri, Martínez, Gutierrez, y Vázquez, 2008). Cuando estas creencias son positivas y óptimas permiten la consecución del rendimiento deseado. A un mayor nivel de autoeficacia percibida, mayor satisfacción por los logros conseguidos y los esfuerzos realizados; y una mejor autoeficacia percibida permite una visión más completa y realista de todos los recursos de los que se dispone para afrontar con éxito una situación.

Según Schunk (1995) se puede observar en sus resultados alguna conexión entre autoeficacia y afrontamiento. Un nivel de autoeficacia mayor del sujeto aumenta la satisfacción por los resultados obtenidos, así como los esfuerzos realizados para conseguirlos. Esa valoración del conjunto, más positiva, influye directamente en la elección de las estrategias de afrontamiento enfocándolas hacia estrategias más activas-adaptativas.

El optimismo es otra de las variables a analizar y es un constructo formado por las valoraciones que la persona hace de sí misma, de los recursos que posee y sobre todo de los eventos y los resultados de afrontar estos. Mas específicamente, el optimismo disposicional se entiende como la tendencia de las personas a esperar eventos positivos en su vida. De esta variable, se derivan las perspectivas optimista y pesimista (Chico, 2002; Scheier y Carver, 1985), que se define de la siguiente manera: En el enfoque optimista la persona realiza una percepción positiva de los hechos, atribuyendo lo malo a causas externas e inestables en el tiempo, tendiendo a expectativas positivas de futuro (Peterson y Seligman, 1984). En el enfoque pesimista, la persona realiza una percepción negativa de los hechos, centrándose en sus emociones negativas y atribuyendo lo malo a causas internas y estables en el tiempo, tendiendo a expectativas negativas de futuro (Peterson y Seligman, 1984).

Con el optimismo disposicional podemos conectar los conceptos de control y eficacia, completando el constructo con la percepción de control de la situación y los eventos y la eficacia de las acciones realizadas y los resultados obtenidos. En su estudio, Chico (2002) observa una correlación positiva entre el optimismo y el afrontamiento. Si la persona posee una perspectiva positiva de cara a lograr eventos con resultado positivo o la expectativa negativa de no lograrlo, repercutirá en la valoración global y afectará al tipo de estrategia usado para afrontar el problema. Así, Carver, Scheier y Weintraub (1989) afirman que, dependiendo de si la persona es optimista o pesimista, usarán diferentes estrategias de afrontamiento. Por su parte, Taylor et al. (1992) relacionan el afrontamiento y el optimismo del siguiente modo: un mayor optimismo otorga una mayor percepción de control sobre los eventos estresantes, por lo que mejora la visión global de la situación para desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas.

La revisión de los eventos estresantes que demandan del estudiante un afrontamiento óptimo para superarlas con satisfacción, está conectada con la percepción del estrés que tiene la persona. La necesidad de afrontamiento nace cuando se hace un reconocimiento de los eventos, que se desarrollan

en nuestra vida y surge una tensión fruto de la descompensación entre la percepción de las demandas que nos exige el evento y la valoración de los recursos personales con los que cuenta la persona para superarlos (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez, 2003; Chico, 2002).

En las últimas décadas, el estrés puede considerarse una de las “emociones” más comunes y conocidas entre la sociedad. A pesar de los numerosos estudios que se han llevado a cabo sobre el estrés, sigue siendo un campo de investigación que suscita mucho interés.

Cada persona tiene su propia percepción de los factores potencialmente estresantes y, de igual manera, cada persona ha desarrollado su propio sistema de afrontamiento del estrés, en el que influyen variables propias y personales.

Es por ello que resulta complicado dar una respuesta simple en cuanto al concepto de estrés. En este trabajo, mencionaremos la definición de Lazarus y Folkman (1986) que entienden el estrés como un proceso que incluye tanto los estresores como las respuestas al mismo, así como la interacción que se produce entre la persona y el ambiente (ambiente estresor, se entiende). Esta definición de Lazarus y Folkman (1986) implica que “el estrés psicológico es el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.

El estrés, en la mayor parte de los casos es relacionado con situaciones o experiencias desagradables y malas. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, el estrés no es malo ni destructivo en sí mismo; un punto subjetivo y personal de estrés es óptimo para un mayor funcionamiento y eficacia en las funciones de las personas.

De forma resumida, el estrés es el conjunto de factores estresantes nacidos de la tensión entre las demandas del ambiente y los recursos del individuo. Según el grado o nivel en que estas demandas superen los recursos personales, el estrés pasará de tener un punto óptimo para el funcionamiento a ser desadaptativo y dañino para el bienestar de la persona.

Moviendo el foco de análisis al campo que nos interesa, la mayor parte de los estudios sobre estrés en jóvenes y estudiantes han sido guiados hacia el estrés académico y su relación con los periodos de evaluación, así como los programas de reducción de estrés han estado centrados en el estrés producido por la exposición a situaciones o períodos de examen (Fernández González, González-Hernández, y Trianes-Torres, 2015; Hernández, Pozo y Pablo, 1994).

Aunque parece que el componente “período de exámenes” es importante en la conceptualización del estrés académico, estamos constatando a lo largo del trabajo que la relación afrontamiento-estrés es compleja y en ella intervienen factores sociales, personales y académicos. El estudiante novel universitario, población sobre la que trabajará esta investigación, se ve envuelto en una situación de cambio y desconocida, en la que se le presentan nuevas demandas, exigencias, incertidumbres y sus recursos personales suelen ponerse a prueba hasta llevarlos al límite con bastante frecuencia (Álvarez, 2005).

Con la idea de que es normal que de por sí el comienzo de la etapa universitaria sea estresante para el alumno, se relaciona el trabajo de Fisher y Hood (1987) en el que, tras un estudio longitudinal con población universitaria, los alumnos mostraban un incremento de los niveles de depresión, pérdida de concentración, obsesión; tras un período lectivo de seis semanas en la universidad. Además, informaban de altos niveles de estrés desde el comienzo del curso, aunque aún no habían tenido oportunidad de realizar ningún tipo de evaluación oficial.

Los estudios realizados hasta ahora, demuestran pues que el estrés en el campo del afrontamiento, no sólo está ligado al factor académico (exámenes) en sí mismo, sino que está relacionado con todos los ámbitos de la vida del alumnado que se ven afectados por el comienzo de la etapa universitaria.

Objetivos

A la vista de la revisión efectuada, podemos decir que el alumnado universitario novel se enfrenta a una situación de constante cambio en los diferentes contextos personales, educativos y sociales. Estos cambios modifican las demandas y carencias del alumnado universitario por lo que se hace preciso actualizar mediante una revisión las características del estudiante universitario, sus estrategias de afrontamiento actuales para comprobar si la balanza de las diferentes variables que influyen en la adaptación al contexto universitario se han modificado e, incluso; poder analizar la conveniencia de implantar o modificar los programas de entrenamiento en afrontamiento como forma de prevención de problemas de ajuste más graves.

Dentro de una línea de innovación e investigación más grande, dirigida a conocer las necesidades actuales del alumnado y así mejorar los programas de orientación y acogida que se llevan a

cabo para ellos (Lino y Muñoz, 2013; Lino, 2016; Muñoz et al, 2014) , se enmarca este trabajo, cuyo objetivo es conocer y describir los estilos y estrategias de afrontamiento para adaptarse al contexto universitario que utiliza el alumnado de primer curso universitario así como sus variables personales, en concreto, el estrés percibido, la autoeficacia percibida y optimismo disposicional. Por ello, se proponen los siguientes objetivos:

Objetivo 1: Análisis de los estilos y estrategias de afrontamiento del alumnado novel de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga:

- Objetivo 1.1: Descripción y análisis de los estilos y estrategias de afrontamiento usadas por el alumno novel universitario.
- Objetivo 1.2: Análisis de las Correlaciones existentes entre los estilos de afrontamiento del alumnado novel universitario.
- Objetivo 1.3: Comparación de los estilos y estrategias de afrontamiento del alumnado de primer curso universitario, en función del sexo.

Objetivo 2: Análisis de las relaciones entre las variables personales (estrés percibido, autoeficacia percibida, optimismo disposicional) y los estilos de afrontamiento.

- Objetivo 2.1: Análisis de la relación entre estrés percibido y los estilos de afrontamiento.
- Objetivo 2.2: Análisis de la relación entre la autoeficacia percibida y los estilos de afrontamiento.
- Objetivo 2.3: Análisis de la relación entre el optimismo disposicional y los estilos de afrontamiento.

Método

La investigación realizada con el alumnado novel de la Facultad de Psicología de la universidad de Málaga, consiste en un análisis descriptivo y correlacional que permita dar respuesta a los objetivos planteados.

Muestra

Los participantes del estudio fueron 140 alumnos y alumnas de primer curso del grado de psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, del curso 2016/2017, de los que 29 son chicos y 111 chicas. La edad media de los sujetos es de 20.93 años (DT = 5.3). El alumnado participante procede de diferentes grupos-clase (grupo B= 39 alumnos; grupo C= 51 y grupo D= 50).

Procedimiento

Se elaboró un cuadernillo con los cuestionarios necesarios para medir las variables a investigar (Anexo I), estos cuestionarios eran: Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS), Escala de estrés percibido (PSS), Escala de autoeficacia general (EAG) y el test de orientación vital (OV). El cuadernillo fue cumplimentado de forma anónima por los 140 estudiantes en horario de clases. En dicho cuadernillo, se les solicitaba además que proporcionaran la información sobre edad, sexo, curso. La duración de dicha sesión fue de 20 minutos.

Instrumentos

Los instrumentos que se usaron son los que a continuación se describen.

- **Escala de afrontamiento para Adolescentes** (Adolescent Coping Scale, ACS; Frydenberg y Lewis, 1993; adaptación española de Pereña y Seisdedos, 1996). Este cuestionario está constituido por 80 ítems, 79 cerrados de escala tipo Likert de 5 alternativas (siendo 1 “no lo hago” y 5 “lo hago casi siempre”) y un ítem abierto. Este cuestionario da información sobre 3 estilos de afrontamiento con 18 subescalas correspondientes a estrategias de afrontamiento, que son:
 - a) Afrontamiento dirigido a la resolución del problema: Cuyas estrategias son concentrarse en resolver el problema, buscar diversiones relajantes, distracción física, esforzarse y tener éxito, y fijarse en lo positivo.
 - b) Afrontamiento dirigido a la relación con los demás: Cuyas estrategias son buscar apoyo social, invertir en amigos íntimos, buscar apoyo espiritual, buscar ayuda profesional, buscar pertenencia y acción social.

- c) Afrontamiento improductivo: Cuyas estrategias son preocuparse, hacerse ilusiones, no afrontamiento, evitar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí y autoinculparse.

La consistencia interna (Alpha de Cronbach) de esta escala para este estudio es de 0.86

- **Escala de Estrés Percibido** (Perceived Stress Scale, PSS; Cohen, et al., 1983; adaptación española de Remor y Carrobes, 2001). Cuestionario compuesto por 14 ítems de Likert de cinco alternativas (desde 0 “nunca” a 4 “muy a menudo”), que evalúa el estrés percibido durante el último mes. La puntuación total va de 0 a 56, siendo la suma de los ítems más los ítems invertidos (4, 5, 6, 7, 10 y 13). A mayor puntuación, mayor nivel de estrés percibido. Este cuestionario tiene una consistencia interna (Alpha de Cronbach) de 0.89 para este estudio.
- **Escala de Autoeficacia General** (General Self-Efficacy Scale, GSE; Jerusalem y Schwaezer, 1981; adaptación española de Bähler et al., 1993). Este cuestionario está formado por 10 ítems de escala tipo Likert con rango desde 0 “En absoluto” a 3 “Totalmente”. Evalúa el sentimiento de competencia personal para resolver eficazmente una gran variedad de situaciones estresantes. Este cuestionario tiene una consistencia interna (Alpha de Cronbach) de 0.85 para este estudio.
- **Test de Orientación Vital Revisado** (Life Orientation Test-Revised, LOT-R; Scheier, Carver y Bridges, 1994; adaptación española de Ferrando et al., 2002). Es un cuestionario que evalúa las diferencias individuales en cuanto optimismo y pesimismo. Consiste en diez ítems: El 1, el 4 y el 10 se refieren a optimismo; el 3, el 7 y el 9, a pesimismo; y se incluyen cuatro ítems de relleno para intentar disimular el propósito de la prueba. Cada ítem se califica de 0 a 4 (0 = muy en desacuerdo; 1 = en desacuerdo; 2 = ni en desacuerdo ni de acuerdo; 3 = de acuerdo; y 4 = muy de acuerdo). Para obtener la puntuación total han de invertirse los valores de los ítems referidos a pesimismo (3, 7 y 9) y sumarse entonces los valores de los seis ítems correspondientes a optimismo y pesimismo (1, 3, 4, 7, 9 y 10). Este cuestionario tiene una consistencia interna (Alpha de Cronbach) de 0.74 para este estudio.

Resultados

Para el análisis de los datos se han calculado las pruebas de: Estadísticos descriptivos, correlación de Pearson, t de Student para muestras independientes y el estadístico *d* de Cohen (se ha usado el programa estadístico IBM SPSS versión 22). Los resultados obtenidos son expone a continuación siguiendo el orden de los objetivos planteados.

Objetivo 1

Objetivo 1.1:

Tabla 1

Estilos y estrategias de afrontamiento del alumnado de primero de psicología del curso académico 2016/2017 (N=140).

Estilos y Estrategias de afrontamiento	Estadísticos	
	M	DT
Estilo relación con los demás	56,72	9,85
Apoyo social	73,65	15,49
Apoyo espiritual	37,50	11,92
Ayuda profesional	57,00	16,35
Invertir en amigos íntimos	61,74	14,77
Buscar pertenencia	66,25	13,86
Acción social	44,21	12,57
Estilo resolución del problema	68,29	9,91
Diversión relajante	70,61	13,82
Distracción física	58,66	23,75
Fijarse en lo positivo	62,39	13,89
Resolver el problema	76,34	11,84
Esfuerzo y éxito	73,42	11,29
Estilo improductivo	53,02	9,57
Hacerse ilusiones	56,68	13,02
No afrontamiento	40,08	13,36
Reducción Tensión	43,77	14,61
Ignorar el problema	39,64	14,98
Autoinculparse	61,92	18,66
Reservarlo para sí mismo	52,60	17,77
Preocuparse	76,45	11,79

Como puede observarse en la Tabla 1, entre los estilos de afrontamiento usados por el alumnado novel, el más usado es el “estilo dirigido a la resolución del problema” ($M = 68.29$; $DT = 9.91$), seguido del “estilo dirigido a la relación con los demás” ($M = 56.72$; $DT = 9.85$) y por último del “estilo improductivo” ($M = 53.02$; $DT = 9.57$). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las 5 estrategias más utilizadas por estos son: “Preocuparse” ($M = 76.45$; $DT = 11.79$), “Resolver el problema” ($M = 76.34$; $DT = 11.84$), “Apoyo social” ($M = 73.65$; $DT = 15.49$), “Esfuerzo y éxito” ($M = 73.42$; $DT = 11.29$) y “Diversión relajante” ($M = 70.61$; $DT = 13.82$).

- Objetivo 1.2: Correlaciones existentes entre los estilos de afrontamiento del alumnado novel universitario.

Tabla 2

Correlaciones entre los estilos de afrontamiento del alumnado de primero de psicología del curso 2016/2017. (N=140)

	Estilo resolución problemas	Estilo relación con los demás	Estilo improductivo
Estilo resolución de problemas	-	-	-
Estilo relación con los demás	.538**	-	-
Estilo improductivo	-.249**	-.006	-

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Como puede observarse en la tabla 2, existe una correlación positiva entre los estilos de afrontamiento “resolución del problema” y “relación con los demás” ($r = .538$, $p = .00$). También existe una correlación negativa entre los estilos “resolución del problema” y “estilo improductivo” ($r = -.249$, $p = .003$).

- Objetivo 1.3:

Tabla 3

Diferencias significativas en función del sexo en estilos y estrategias de afrontamiento del alumnado de primero de psicología curso 2016/2017. (N=140)

Estilos y Estrategias	Chicos		Chicas		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DT	M	DT		
E. improductivo	49.34	7.43	53.98	9.86	-2.39	.020
Apoyo social	66.98	14.65	75.42	15.28	2.69	.025
Hacerse ilusiones	52.27	13.60	57.83	12.68	-2.07	.04
Reducir tensión	37.51	14.15	45.40	14.34	-2.64	.009
Autoinculparse	55.86	14.82	63.51	19.28	-1.98	.049
Preocuparse	70.62	12.84	77.98	11.06	-3.08	.002

Los resultados reflejan, que, en cuanto estilos de afrontamiento en función del sexo, existe una diferencia significativa en el “estilo improductivo” $t_{(138)} = -2.39$, $p = .020$, d de Cohen = .52, $r = .25$, siendo más alta en las chicas ($M = 53.98$, $DT = 9.86$) que en los chicos ($M = 49.34$, $DT = 7.43$), con un tamaño del efecto medio.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se refiere, se han observado también diferencias entre chicos y chicas en algunas de ellas. En la estrategia de “apoyo social” $t_{(138)} = 2.698$, $p = .025$, d de Cohen = .56, $r = .27$; las chicas tienen una puntuación mayor ($M = 75.42$, $DT = 15.28$) que los chicos ($M = 66.98$, $DT = 14.65$) con un tamaño de efecto medio.

En la estrategia de “hacerse ilusiones” $t_{(138)} = -2.07$, $p = .04$, d de Cohen = .42, $r = .20$; las chicas obtienen una puntuación mayor ($M = 57.83$, $DT = 12.68$) que los chicos ($M = 52.27$, $DT = 13.60$) con un tamaño de efecto pequeño.

En la estrategia “reducción de la tensión” $t_{(138)} = -2.64$, $p = .009$, d de Cohen = .55, $r = .26$; obteniendo las chicas una puntuación mayor ($M = 45.40$, $DT = 14.34$) que los chicos ($M = 37.51$, $DT = 14.15$), con un tamaño de efecto medio.

En la estrategia “autoinculparse” $t_{(138)} = -1.986$, $p = .049$, d de Cohen = .44, $r = .21$; obteniendo las chicas una puntuación mayor ($M = 63.51$, $DT = 19.28$) que los chicos ($M = 55.86$, $DT = 14.82$), con un tamaño de efecto pequeño.

En la estrategia “preocuparse” $t_{(138)} = -3.083$, $p = .002$, d de Cohen = .61, $r = .29$; obteniendo las chicas una puntuación mayor ($M = 77.98$, $DT = 11.06$) que los chicos ($M = 70.62$, $DT = 12.84$), con un tamaño de efecto medio.

Objetivo 2:**Tabla 4**

Correlaciones significativas entre los estilos de afrontamiento y estrés percibido, autoeficacia percibida y optimismo disposicional. (N = 140).

Estilos de afrontamiento	Variables personales		
	Estrés percibido	Autoeficacia percibida	Optimismo disposicional
Resolución Problema	-.345**	.504**	.337**
Improductivo	.614**	-.423**	-.418**
Relación con los demás	-	.233**	-

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

- Objetivo 2.1:

Como puede observarse, existe una correlación negativa ($r = -.345$), entre el estilo de afrontamiento “resolución del problema” y el estrés percibido. También hay una correlación positiva $r = .614$, entre el estrés percibido y el estilo de afrontamiento “Improductivo”.

- Objetivo 2.2:

Analizando los resultados, se observa una correlación positiva ($r = .504$ y $r = .233$), entre los estilos de afrontamiento “resolución del problema”, “relación con los demás” y la autoeficacia percibida. También hay una correlación negativa ($r = -.423$), entre el estilo “improductivo” y la autoeficacia percibida.

- Objetivo 2.3:

Como puede observarse, existe una correlación positiva ($r = .337$), entre el estilo de afrontamiento “resolución de problemas” y el optimismo disposicional. También hay una correlación negativa ($r = -.418$), entre el estilo “improductivo” y el optimismo disposicional.

Discusión

El presente estudio pretendía analizar los recursos de afrontamiento del alumnado de primer curso de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, en el curso 2016/2017. Este análisis consistía en realizar una descripción de las estrategias y estilos de afrontamiento, así como un estudio de su relación con las variables personales de estrés percibido, autoeficacia percibida y optimismo disposicional. Como se menciona en los objetivos, este trabajo se encuentra dentro de una línea de investigación mayor de innovación educativa, que pretende desarrollar medidas de acogida e integración para los estudiantes, llevadas a cabo por iguales (Muñoz et al, 2014). Los resultados obtenidos pretenden ayudar no solo a conocer mejor las características del alumnado novel, sino a contribuir a la mejora o desarrollo de los planes de orientación que en la Facultad de Psicología de la UMA se realizan.

Con respecto a los objetivos planteados y los resultados obtenidos, observamos que: El alumnado de primer curso de este estudio tiende más al uso de estilos de afrontamiento activos o adaptativos. Sin embargo, es curioso que a pesar de que puntúan más alto en estilos adaptativos, la estrategia de afrontamiento más usada es la de “preocuparse”, perteneciente al estilo desadaptativo. Que el alumnado de primer curso tienda más a la estrategia de preocupación puede estar relacionado con los procesos ansiosos (pues la preocupación es uno de los componentes principales en los procesos de ansiedad. O’Neill, 1985) ya que, en un contexto de novedad y adaptación a la vida universitaria puede causar diferentes niveles o picos de ansiedad (Román, Ortiz y Hernández, 2008) que afectan al estudiante. También es importante tener en cuenta el alto nivel de feminización de la muestra.

Se resalta así la importancia de los programas de orientación y afrontamiento que en la UMA se llevan a cabo (Muñoz et al., 2014), para ofrecerle al estudiante los recursos y herramientas necesarias para que desarrolle estrategias de afrontamiento más adaptativas y eficaces que la de preocupación. Una limitación de este es no haber podido conocer los niveles de ansiedad estado/rasgo del estudiante novel.

También podemos observar en las correlaciones entre los diferentes estilos de afrontamiento como una puntuación elevada en el estilo “resolución de problemas” correlaciona con una puntuación alta en el estilo “relación con los demás”, mientras que una puntuación elevada del estilo “improductivo” correlaciona con una puntuación baja del estilo “resolución de problemas. Este resultado es coherente si pensamos que un mayor uso del estilo “improductivo” es incompatible con las estrategias del estilo “resolución del problema”, mientras que el estilo “relación con los demás” puede servir de complemento y apoyo para la resolución del problema y sus estrategias de afrontamiento. Esta información nos sirve

para fundamentar y validar el trabajo en los talleres de afrontamiento (Lino, 2016) ya que en estos no solo se trabaja el aprendizaje y uso de estrategias adaptativas, sino que también se fomenta directa e indirectamente el uso de estrategias relacionadas con el apoyo social.

Respecto a las diferencias entre chicos y chicas, los resultados de estudios anteriores (De Miguel y García, 2000; y Guarino y Feldman, 1995; Frydenberg y Lewis, 1999) indican que los chicos tienden más a estrategias evitativas y las chicas más a estrategias de apoyo social y emocional. Con los resultados obtenidos, se comprueba como las chicas obtienen una mayor puntuación en la estrategia de apoyo social, sin embargo, a diferencia de los estudios anteriores también obtienen una mayor puntuación en el estilo improductivo (así como en todas las estrategias que componen ese estilo, siendo especialmente significativa la diferencia en la estrategia preocuparse), mientras que los chicos no obtienen una mayor puntuación en la estrategia de evitación.

Con la información recogida, no podemos encontrar una explicación a porque las chicas han puntuado más en el estilo evitativo, tal vez están influenciadas por alguna variable de género o ambiental. Este resultado nos servirá de guía para la aplicación de los talleres de afrontamiento y trabajar con los enfoques de que ellos tienden menos a usar estilos improductivos y ellas a usar más estilos de apoyo social.

En cuanto a las variables personales y su relación con los estilos de afrontamiento, se comprueban los resultados en estudios anteriores respecto a la percepción de estrés (Lazarus y Folkman 1986) que correlaciona con una menor puntuación en el estilo "resolución de problemas"; y una puntuación alta en autoeficacia percibida (Schunk, 1995) y optimismo (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) correlacionan con una mayor puntuación del estilo "resolución de problemas". Estas correlaciones pueden ayudar a reforzar la idea de la inclusión en los talleres de afrontamiento de módulos aplicados a estas variables personales y al afrontamiento, siendo útil por ejemplo un módulo que tratase el enfoque del afrontamiento desde el optimismo. Además, el conocimiento de estas relaciones nos puede ayudar a trabajar en estas variables personales de los alumnos. De tal forma, aunque nosotros no podamos acceder por ejemplo a la autopercepción sobre su eficacia u optimismo, gracias a estas relaciones si que podemos tratar de trabajarlas dentro de los límites de cada persona, a través del aprendizaje de estilos de afrontamiento más adaptativos.

Este enfoque de trabajo en las variables personales además de los estilos y estrategias de afrontamiento, se enlaza perfectamente con los objetivos últimos de los programas de afrontamiento. Estos no solo son de vital importancia para ayudar a la evolución personal del alumnado, para que tanto en su vida personal como en su futura vida profesional puedan resolver de la forma más eficaz posible los eventos adversos y mantener su bienestar personal, sino que, además son doblemente importantes en una carrera como es la de Psicología. Los estudiantes de Psicología tendrán que realizar en su futuro profesional (ya sea clínico, social o educativo) labores de enseñanza de estilos de afrontamiento; desempeño que ejercerán de forma más eficaz si su conocimiento sobre ese campo es mayor y han sabido aplicárselo a ellos mismos. Por ello es importante que desde las instituciones universitarias se de apoyo a la labor de los programas de orientación y afrontamiento que se llevan a cabo en las universidades, otorgándole a los alumnos los conocimientos y recursos necesarios para que desarrollen estilos y estrategias de afrontamiento más eficaces y adaptativos, además de mejorar su adaptación a la vida universitaria.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez Pérez, P. R. (2005). La tutoría y la orientación universitaria en la nueva coyuntura de la enseñanza superior. *Contextos educativos*, (8), 281.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of personality and social psychology*, 63(6), 989
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman
- Berrocal, P. F., & Pacheco, N. E. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 19(3), 63-93.
- Bouteyre, E., Maurel, M. y Bernaud, J. L. (2006). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*, 2, 93-99.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 2(2), 363-392.

- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544-550.
- Cornejo, M. y Lucero, M. C. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionado con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades*, 2 (12), 143-153.
- Cornejo, M., Lucero, M. C., & Tapia, M. L. (2008). estilos cognitivos en estudiantes de psicología. In *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Cano, F. J., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (1), 29-39.
- De Miguel, A. y García, L. (2000). Estrategias de afrontamiento: un estudio comparativo con enfermos físicos crónicos y personas sin enfermedad crónica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (105), 29-55.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de educación*, 29(1), 1-6.
- Fernández González, L., González-Hernández, A., & Trianes-Torres, M. V. (2015). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, optimismo-pesimismo y autoestima en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 13, 111-130.
- Fierro, C. y Jiménez, J. A. (2002). Bienestar, variables personales y afrontamiento en jóvenes. *Escritos de Psicología*, 6, 85-91.
- Figueroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M. y Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21 (1), 66-72.
- Fisher, S. y Hood, B. (1987). The stress of the transition to university: A longitudinal study of psychological disturbance, absent-mindedness and vulnerability to homesickness. *British Journal of Psychology*, 78 (4), 425-441.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1999). Things don't get better just because you're older: A case for facilitating reflection. *British Journal of Educational Psychology*, 69(1), 81-94.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J. F., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S. y Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema*, 20, 155-165.
- Guarino, L. y Feldman, L. (1995). Estilos de afrontamiento a eventos estresantes en una muestra de estudiantes universitarios. *Comportamiento*, 4, 25-45.
- Hernández, J. M., Polo, A. y Pozo, C. (1996). *Inventario de Estrés Académico*. Madrid: Servicio de Psicología Aplicada U.A.M.
- Krzemien, D. (2007). Estilos de personalidad y afrontamiento situacional frente al envejecimiento en la mujer. *Revista Interamericana de Psicología*, 41 (2), 139-150.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lino, R. M. y Muñoz, A. (noviembre de 2013). *Afronta-T: desarrollo de competencias a través de una metodología cooperativa*. Póster presentado en Congreso Andaluz y Estatal de Orientación Educativa, Granada.
- Lino Carmona, R. M. (2016). *AFRONTA-T: Una experiencia innovadora con el alumnado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga*. Tesis doctoral sin publicar.
- Luszczynska, A., Scholz, U. y Schwarzer, R. (2005). *The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies*. *The Journal of Psychology*, 139 (5), 439-457.
- Muñoz, A., Sánchez, A., García, M. B., Fernández-Baena, F. J., Bernedo, I., Portillo, R., Hidalgo, S. (2014). La Orientación en el nuevo plan de estudios de Psicología: un proyecto basado en la cooperación entre iguales. En A. Muñoz (Coord), *Recursos y Experiencias de Innovación Educativa en el Contexto Universitario* (pp. 15-34). Málaga: Publicaciones y Divulgación Científica. Vicerrectorado de Investigación y Transferencia de la Universidad de Málaga.
- O'Neill, J. (1985). *The trend in the male-female wage gap in the United States*. *Journal of Labor Economics*, 3(1, Part 2), S91-S116.
- Parsons, A., Frydenberg, E. y Poole, C. (1996). *Overachievement and coping strategies in adolescent males*. *British Journal of Educational Psychology*, 66, 109-11.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18 (58), 167-201.

- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347–374.
- Polo, A. Hernández, J. M. y Pozo, C. (1996). Evaluación del Estrés Académico en Estudiantes Universitarios. *Revista Ansiedad y Estrés*, 2, 159-172.
- Román, C. A., Ortiz, F. y Hernández, Y. (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46 (7), 1-8.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4(3), 219.
- Schunk, D. H. (1995). Inherent details of self-regulated learning include student perceptions. *Educational psychologist*, 30(4), 213-216.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85.
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 91-107.
- Spitz, E., Costantini, M. L. y Baumann, M. (2007). Détresse psychologique et stratégies de coping des étudiants en première année universitaire. Stress et violence à l'école. *Revue-francophone-du-stress-et-du-trauma*, 7 (3), 217-225.
- Tapia, A., Guajardo, C. y Quintanilla, A. C. (2008). Estilos cognitivos en el bienestar y el estrés. *Revista Mexicana de Psicología, Número Especial*, 388-389.
- Taylor SE, Kemeny ME, Aspinwall LG, Schneider SG, Rodriguez R, Herbert M. Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992; 63:460–473

Anexos

ANEXO I: Cuestionario sobre los estilos y estrategias de afrontamiento y las variables estrés percibido, autoeficacia percibida y optimismo disposicional.

ACS

GRUPO:

SEXO:

EDAD:

En este cuestionario encontrarás una serie de frases diferentes con las que los estudiantes suelen hacer frente **a problemas o situaciones de fracaso en alguna asignatura**. Por favor, señala, rodeando la casilla correspondiente, lo que tú sueles hacer para enfrentarte a tales dificultades.

- 1 No lo hago
- 2 Lo hago pocas veces
- 3 Lo hago algunas veces
- 4 Lo hago a menudo
- 5 Lo hago casi siempre

Recuerda, no hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando el número que mejor defina lo que tú haces.

1. Hablar con otros para saber lo que ellos/as harían si tuviesen el mismo problema	1	2	3	4	5
2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema	1	2	3	4	5
3. Seguir con mis tareas como es debido	1	2	3	4	5
4. Preocuparme por mi futuro	1	2	3	4	5
5. Reunirme con mis amigos/as	1	2	3	4	5
6. Producir una buena impresión en las personas que me importan	1	2	3	4	5
7. Esperar que ocurra lo mejor	1	2	3	4	5
8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada	1	2	3	4	5
9. Llorar o gritar	1	2	3	4	5
10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema	1	2	3	4	5
11. Ignorar el problema	1	2	3	4	5
12. Criticarme a mí mismo/a	1	2	3	4	5
13. Guardar mis sentimientos para mí solo/a	1	2	3	4	5
14. Dejar que Dios se ocupe de mi problema	1	2	3	4	5
15. Acordarme de todos los que tienen problemas peores, de forma que el mío no parezca tan grave	1	2	3	4	5
16. Pedir consejo a una persona competente	1	2	3	4	5
17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión.	1	2	3	4	5
18. Hacer deporte	1	2	3	4	5
19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente	1	2	3	4	5
20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades	1	2	3	4	5
21. Asistir a clase con regularidad	1	2	3	4	5
22. Preocuparme por mi felicidad	1	2	3	4	5

ESTILOS, ESTRATEGIAS Y VARIABLES PERSONALES DEL ALUMNADO NOVEL UNIVERSITARIO

23. Llamar a un amigo/a íntimo	1	2	3	4	5
24. Preocuparme por mis relaciones con los demás	1	2	3	4	5
25. Desear que suceda un milagro	1	2	3	4	5
26. Simplemente, me doy por vencido/a	1	2	3	4	5
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas (no medicamentos)	1	2	3	4	5
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema	1	2	3	4	5
29. Ignorar conscientemente el problema	1	2	3	4	5
30. Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas	1	2	3	4	5
31. Evitar estar con la gente	1	2	3	4	5
32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva	1	2	3	4	5
33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas	1	2	3	4	5
34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional	1	2	3	4	5
35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades	1	2	3	4	5
36. Mantenerme en forma y con buena salud	1	2	3	4	5
37. Buscar ánimo en otros	1	2	3	4	5
38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta	1	2	3	4	5
39. Trabajar intensamente	1	2	3	4	5
40. Preocuparme por lo que está pasando	1	2	3	4	5
41. Empezar una relación personal estable	1	2	3	4	5
42. Tratar de adaptarme a mis amigos/as	1	2	3	4	5
43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo	1	2	3	4	5
44. Me pongo malo/a	1	2	3	4	5
45. Trasladar mis frustraciones a otros	1	2	3	4	5
46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema	1	2	3	4	5
47. Borrar el problema de mi mente	1	2	3	4	5
48. Sentirme culpable	1	2	3	4	5
49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa	1	2	3	4	5
50. Leer un libro sagrado o de religión	1	2	3	4	5
51. Tratar de tener una visión alegre de la vida	1	2	3	4	5
52. Pedir ayuda a un profesional	1	2	3	4	5
53. Buscar tiempo para actividades de ocio	1	2	3	4	5
54. Ir al gimnasio a hacer ejercicio	1	2	3	4	5
55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	1	2	3	4	5
56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué	1	2	3	4	5
57. Triunfar en lo que estoy haciendo	1	2	3	4	5
58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir	1	2	3	4	5
59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico/a	1	2	3	4	5
60. Mejorar mi relación personal con los demás	1	2	3	4	5
61. Soñar despierto que las cosas irán mejor	1	2	3	4	5
62. No tengo forma de afrontar la situación	1	2	3	4	5
63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo	1	2	3	4	5
64. Unirme a gente que tiene el mismo problema	1	2	3	4	5
65. Aislarme del problema para poder evitarlo	1	2	3	4	5
66. Considerarme culpable	1	2	3	4	5
67. No dejar que otros sepan cómo me siento	1	2	3	4	5
68. Pedir a Dios que cuide de mí	1	2	3	4	5
69. Estar contento de cómo van las cosas	1	2	3	4	5
70. Hablar del tema con personas competentes	1	2	3	4	5
71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos	1	2	3	4	5
72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema	1	2	3	4	5
73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir	1	2	3	4	5
74. Inquietarme por el futuro del mundo	1	2	3	4	5
75. Pasar más tiempo con el chico/a con quien suelo salir	1	2	3	4	5
76. Hacer lo que quieren mis amigos/as	1	2	3	4	5
77. Imaginar que las cosas van a ir mejor	1	2	3	4	5
78. Sufro dolores de cabeza o estómago	1	2	3	4	5
79. Encontrar una forma de aliviar la tensión: por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas.	1	2	3	4	5
80. Anota cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus problemas o situaciones de fracaso en alguna asignatura.					

PSS

Las preguntas en esta escala hacen referencia a tus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indica con una "X" cómo te has sentido o has pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

EAG

A continuación, vas a leer una serie de afirmaciones sobre sentimientos que se experimentan al enfrentarnos a situaciones problemáticas o estresantes.

Responde marcando con una cruz el número que más se ajuste a tu experiencia personal teniendo en cuenta que 1 significa que la descripción que se ofrece no corresponde en absoluto a tu experiencia, y el 4 significa que se ajusta totalmente a lo que te sucede.

	En absoluto	Pocas veces	A menudo	Totalmente
1. Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga	0	1	2	3
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	0	1	2	3
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	0	1	2	3
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	0	1	2	3
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	0	1	2	3
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	0	1	2	3
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	0	1	2	3
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	0	1	2	3
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	0	1	2	3
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	0	1	2	3

CUESTIONARIO DE ORIENTACIÓN VITAL

A continuación, vas a leer una serie de afirmaciones responde marcando con una cruz el número que más se ajuste a tu experiencia personal teniendo en cuenta que 1 significa que la descripción que se ofrece no corresponde en absoluto a tu experiencia, y el 5 significa que se ajusta totalmente a lo que te sucede.

Adaptación al castellano del LOT-R (Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro, 1998).

1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	1	2	3	4	5
2. Me resulta fácil relajarme	1	2	3	4	5
3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará	1	2	3	4	5
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro	1	2	3	4	5
5. Disfruto un montón de mis amistades	1	2	3	4	5
6. Para mí es importante estar siempre ocupado	1	2	3	4	5
7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	1	2	3	4	5
8. No me disgusta fácilmente	1	2	3	4	5
9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	1	2	3	4	5
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	1	2	3	4	5



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

Análisis y propuesta de resolución de un caso práctico real con síndrome de asperger

Trabajo de fin de grado de Lorena Fernández Torres,
tutorizado por Francisco Jesús Carrero Barril

Resumen

El presente trabajo, lleva a cabo la resolución de un caso real diagnosticado como Trastorno del Síndrome de Asperger (SA) con dificultades asociadas en el desarrollo del lenguaje. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la patología, una recopilación de datos del centro educativo y familiar y se han evaluado las diferentes áreas de su lenguaje oral mediante instrumentos estandarizados, para posteriormente diseñar una propuesta de intervención logopédica según los resultados obtenidos.

Palabras clave: Trastorno del Síndrome de Asperger; criterios diagnósticos; evaluación del lenguaje; intervención logopédica.

Introducción

La razón principal que me ha llevado a realizar este Trabajo Fin de Grado y, por consiguiente, estudiar el Síndrome de Asperger (en adelante SA) ha sido por una motivación personal, ya que era un tema que me suscitaba gran interés. ¿Cómo una persona puede presentar debilidades en habilidades sociales que nos parecen tan básicas y, al mismo tiempo, tener unas capacidades extraordinarias para llevar a cabo actividades consideradas mucho más complejas? Un interrogante tan atractivo como difícil de responder.

El SA es un trastorno de base neurobiológica con un componente genético, que afecta al funcionamiento social y al espectro de actividades e intereses. Algunos estudios han demostrado la relación genética familiar de dicho síndrome, siendo en 30-60% de casos de origen genético, además se ha observado que padres de niños con SA también lo padecían (Cederlund & Gillberg, 2004; López y Munguía, 2008).

El perfil del logopeda tiene una gran labor dentro de este ámbito y, a veces, la disciplina y los profesionales se encuentran poco presentes y receptivos a este tema que, quizás, aún no se conoce lo suficiente. A mi modo de ver, resulta obvio que, como profesionales de la Logopedia, tenemos un gran recorrido por delante y mucho que ofrecer en el desafío de promover un mayor conocimiento del trastorno.

Aunque cada día existen más casos diagnosticados de SA, no se puede perder de vista cómo en la sociedad actual todavía asistimos a casos de personas que sufren experiencias de exclusión, rechazo y acoso procedente en buena parte de la sociedad.

Por ello, he centrado mi propuesta en elaborar una programación individualizada para la posterior intervención, con el objetivo de conseguir en el usuario un pleno desarrollo de sus habilidades comunicativas y una generalización de todos los aprendizajes que facilite su vida cotidiana.

Para analizar las necesidades requeridas, es imprescindible conocer sus características personales, realizar una evaluación a través de todas las pruebas específicas del lenguaje, y a partir de ahí realizar un programa individualizado para llevar a cabo dicha intervención.

Con este proyecto tengo el propósito de exponer los aspectos de una intervención logopédica llevada a cabo con un usuario que presenta Síndrome de Asperger, realizando una fundamentación teórica acerca de este síndrome y los trastornos del lenguaje asociados.

Para terminar este apartado me gustaría considerar este TFG como un proceso de estudio que tiene como fin ayudar a las personas con SA, para su inclusión en la sociedad, en el apoyo del paso a la etapa adulta. Muchos jóvenes o adultos tienen enormes problemas para tener una vida plena en la sociedad. “No solo hay niños con Asperger, también hay adultos. Quizá la base del conflicto social pueda ser la misma a los 10 que a los 22 años de edad pero las consecuencias no son, obviamente, las mismas”. (Fundación autismo diario, 2014)

Objetivos

Este trabajo de fin de grado persigue los siguientes objetivos:

Investigar las fuentes de distintos especialistas para conocer las diferencias entre los diferentes tipos de autismo.

Estudiar de forma concreta el SA para poder ofrecer una atención especializada de calidad.

Conocer la realidad social de las personas que padecen el SA con la finalidad de facilitar su integración social.

Atender las necesidades específicas que presentan las personas con SA tras conocer sus características.

Estudiar un caso real de SA.

Evaluar los resultados, a través de diferentes instrumentos.

Diseñar un programa de intervención adecuándose a las necesidades requeridas por el niño.

Fundamentación teórica

Trastorno del Espectro Autista (TEA)

El autismo se caracteriza por una perturbación grave y generalizada en distintas áreas del desarrollo. Estas alteraciones afectan a varios ámbitos: interacción social, comunicación y estereotipias. Estas perturbaciones están expuestas de forma diversa durante los primeros años de vida, normalmente antes de los 3 años de edad, notándose en su interacción social, el lenguaje o la ausencia del juego simbólico. No es un único trastorno con expresiones fijas, o con síntomas rígidos como mantiene siempre la tipología clásica de Kanner. Es necesario identificar los distintos niveles de gravedad en base al funcionamiento y la necesidad de apoyos dentro del espectro autista. (López y Rivas, 2014)

Autismo Clásico

El autismo es un síndrome específico que fue identificado por primera vez por el doctor Leo Kanner. La sintomatología clínica, que mantienen las personas autistas a lo largo de su vida, se determina por el retraso en la adquisición del lenguaje, incapacidad para desarrollar interacciones con las demás personas, la naturaleza no comunicativa del habla y los patrones restringidos de actividades e intereses. (Baron-Cohen, 2008)

El autismo generalmente se manifiesta antes de los 3 años de edad, presentando diferentes rasgos distintivos, aunque normalmente los padres observan un desarrollo normal entre los uno o dos años primeros de vida del niño (López y Rivas, 2014).

Autismo de Alto Funcionamiento

Las personas que tienen Autismo de Alto Funcionamiento (AAF) presentan un nivel de inteligencia normal o superior a la media. Sus características presentan similitud a las que tienen las personas con SA, pero con cierta mayor gravedad. El niño con Autismo de Alto Funcionamiento, se enfrenta a situaciones de desventaja, siendo más complicada su socialización con el resto de niños, al realizar comentarios o expresiones fuera de lugar, llegando a ser discriminado y excluido. (Attwood, 2012)

Síndrome de Asperger

Desde una perspectiva actual, el Síndrome de Asperger presenta una ventaja respecto a las características del autismo, y es que no presentan déficits en el lenguaje, aunque su volumen, entonación y ritmo es inexpresivo. Es un trastorno donde los sujetos que lo sufren exhiben un comportamiento social y emocionalmente inadecuado junto con conductas repetitivas e intereses restringidos y obsesivos, aunque se caracteriza por ser más leve que el autismo clásico; así como una tendencia a hablar de manera demasiado formal o monótona. Al igual que otros trastornos, están implicados diferentes mecanismos neurobiológicos y genéticos. Los diferentes grados de severidad suelen ser variables, ya que a muchos niños este síndrome les afecta de manera leve, por lo que a menudo no son diagnosticados y únicamente se les etiqueta como “raros” o “excéntricos”. (López y Rivas, 2014).

Wing (1981) manifiesta que los perfiles de habilidades sociales, en niños con Síndrome de Asperger puede haber un interés y motivación social, mientras que en el autismo incluyen autoaislamiento o acercamientos sociales muy rígidos.

Evolución del síndrome de Asperger

El trabajo de Hans Asperger fue publicado en alemán (1944) “*Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter*” (*Psicopatía autística en la infancia*), lo que restringió su difusión a nivel mundial, en comparación con Leo Kanner, ya que su publicación (1943) tuvo una difusión inmediata al estar escrito en inglés. Lorna Wing (1981) redactó en la revista *Psychological Medicine* el artículo “Asperger’s Syndrome: a clinical account a cerca del trabajo de Hans, donde utilizó por primera vez el término “Asperger” para dirigirse a este colectivo. El estudio realizado por Hans fue traducido finalmente al inglés para que tuviera una buena difusión y reconocimiento (Frith, 1993).

Lorna Wing (1981) identificó tres grandes áreas afectadas en el autismo, lo que se conoce como “Triada de Wing”, que define las tres dimensiones alteradas en el autismo: trastorno de reciprocidad social, trastorno en la comunicación verbal y no verbal y ausencia de conducta imaginativa, donde después añadió patrones repetitivos de actividad e interés. (Figura 1)

Figura 1
Triada de Wing. Fuente: imágenes de Google



Criterios diagnósticos

Según el DSM-V (APA, 2014), el conjunto de patologías categorizadas dentro de los *Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)*, ha pasado a llamarse *Trastornos del Espectro Autista (TEA)* categorizando el autismo y el SA como un mismo grupo y unidos bajo un mismo epígrafe; al no encontrar datos que refieran diferencias cualitativas significativas y que permitan diferenciar ambos trastornos como categorías independientes. (Olivar Parra y De la Iglesia Gutiérrez, 2011).

A continuación, en el DSM-V, muestra una misma dimensión clínica en la que se sitúan los distintos trastornos. En la parte superior y de menor gravedad, se refleja las características de las personas con SA, mientras que en la parte inferior y de mayor gravedad del espectro se encuentra el autismo clásico o de bajo funcionamiento.

DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Ed.**Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo:**

Déficits en la reciprocidad social y emocional; que pueden abarcar desde un acercamiento social anormal y una incapacidad para mantener la alternancia en una conversación, reducción de intereses, emociones y afectos compartidos, hasta la ausencia total de iniciativa en la interacción social.

Déficits en las conductas de comunicación no verbal que se usan en la comunicación social; comunicación poco integrada, tanto verbal como no verbal, anormalidades en el contacto visual y en el lenguaje corporal, o déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta la falta total de expresiones o gestos faciales.

Déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo; que pueden abarcar desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado a los diferentes contextos sociales, pasando por las dificultades para compartir juegos imaginativos, hasta la aparente ausencia de interés en las otras personas.

Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en dos de los siguientes puntos:

Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (manipulación repetitiva de objetos o frases idiosincráticas).

Excesiva fijación con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en seguir la misma ruta o tomar la misma comida, preguntas repetitivas o extrema incomodidad motivada por pequeños cambios).

Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales y por intereses excesivamente circunscritos y perseverantes).

Híper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, sentido del olfato o del tacto exacerbado, fascinación por las luces o los objetos que ruedan).

Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).

Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.

Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia coocurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de trastorno del espectro de autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo.

Fuente: Tomado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Ed. (2014).

Características específicas del Síndrome de Asperger**Rasgos y conductas específicas del Síndrome de Asperger**

Hay muchos autores que definen los rasgos de las personas con Síndrome de Asperger, pero tras una revisión exhaustiva de obras de literatura científica, quiero exponer los rasgos que identifica el psicólogo y científico español, Rivièrè (1996):

Características del Síndrome de Asperger según el psicólogo y científico español Rivière, (1996).

1. Trastorno cualitativo de la relación	Incapacidad de relacionarse con iguales. Falta de sensibilidad a las señales sociales. Alteraciones de las pautas de relación expresiva no verbal. Falta de reciprocidad emocional. Limitación importante en la capacidad de adaptar las conductas sociales a los contextos de relación. Dificultades para comprender intenciones ajenas y especialmente "dobles intenciones".
2. Inflexibilidad mental y comportamental	Interés absorbente y excesivo por ciertos contenidos. Rituales. Actitudes perfeccionistas extremas que dan lugar a gran lentitud en la ejecución de tareas. Preocupación por "partes" de objetos, acciones, situaciones o tareas, con dificultad para detectar las totalidades coherentes.
3. Problemas de habla y lenguaje	Retraso y anomalías en la adquisición del lenguaje. Empleo de lenguaje pedante, formalmente excesivo, inexpresivo, con alteraciones prosódicas y características extrañas del tono, ritmo, modulación, etc. Dificultades para interpretar enunciados literales o con doble sentido. Problemas para saber "de qué conversar" con otras personas. Dificultades para producir emisiones relevantes a las situaciones y los estados mentales de los interlocutores.
4. Alteraciones de la expresión emocional y motora	Limitaciones y anomalías en el uso de gestos. Falta de correspondencia entre gestos expresivos y sus referentes. Expresión corporal desmañada. Torpeza motora en exámenes neuropsicológicos.
5. Capacidad normal de "inteligencia impersonal"	Frecuentemente, habilidades especiales en áreas restringidas.

Fuente: Tomado de Rivière y Núñez (1996).

Teorías psicológicas

Este apartado está basado en el resumen de las diferentes teorías psicológicas que intentan describir distintos aspectos importantes del SA aportadas por diferentes autores.

Teoría de la mente

La "Teoría de la Mente", es un constructo teórico que tienen las personas para ponerse en el lugar del otro, de imaginarse lo que piensa y lo que siente, así como de prever y entender su conducta (Baron-Cohen, 2010).

Esta teoría propuesta por Baron-Cohen, explica las dificultades que presentan las personas con Síndrome de Asperger al no comprender situaciones que no quedan explícitas en determinadas situaciones sociales. Presentan incapacidad para captar las bromas, el sarcasmo en las conversaciones, la ironía, predecir las conductas en los demás, interpretar los dobles sentidos, falta de reciprocidad emocional y sensibilidad a las señales sociales. Este autor dice que es debido a una dificultad o trastorno de la capacidad para poder anticipar los estados mentales de los demás "leer o entender la mente".

Teoría de Disfunción ejecutiva

Otra de las teorías planteadas es la "Teoría de Disfunción Ejecutiva". Las funciones ejecutivas son un conjunto de habilidades cognitivas que permiten al ser humano la resolución de problemas complejos, las cuales incluyen: capacidad para seleccionar, planificar, anticipar, modular o inhibir la actividad mental, control de la atención, memoria de trabajo, flexibilidad de los procesos cognitivos, selección, previsión y anticipación de objetos (Portellano, 2005).

La alteración de las funciones ejecutivas explica la dificultad para afrontar situaciones nuevas, los restringidos intereses, el carácter obsesivo y la tendencia a la perseveración, la ausencia de control de impulsos, la inflexibilidad mental y los trastornos de atención que están presentes en el SA. (Baron-Cohen, 2010; Martos et al., 2012)

Teoría del déficit en coherencia central

La coherencia central es la tendencia humana de integrar la información de una manera global y contextual. Gracias a ella somos capaces de recordar información general y no fijarnos tanto en los detalles para dar significado a la realidad.

Tras los estudios de Uta Frith (2003) se ha llegado a la determinación de que tanto el Autismo como el Síndrome de Asperger se caracterizan por una coherencia central débil, percibiendo mejor los detalles y no la globalidad de la información.

Una metáfora muy útil para entender en qué consiste la coherencia central débil es imaginarnos que enrollamos una hoja de papel en forma de tubo y con un ojo cerrado lo aplicamos contra el otro ojo abierto, como si fuera un telescopio, y miramos el mundo a través de él: se ven los detalles pero no se percibe el contexto. (Attwood, 2009).

Marco jurídico

En este apartado, quiero hacer referencia a la Carta de Derechos de las personas con Trastornos del Espectro del Autismo, adoptada por el Parlamento Europeo el 9 de Mayo de 1996 para destacar uno de los aspectos que considero importante, expuestos a continuación:

Las personas con Síndrome de Asperger tienen derecho a acceder a terapias y profesionales que les ayuden y provean de las herramientas necesarias para poder tener un desenvolvimiento normal en el entorno social. Siempre en igualdad de condiciones.

La evaluación y el diagnóstico en los TEA

A continuación, basándome en la información que facilita la Asociación Asperger España, describo algunos de los instrumentos utilizados para llegar a un diagnóstico efectivo:

ASAS. Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (Attwood, 1998)

CAST. Childhood Asperger Syndrome Test (Scott y cols, 2002)

ASDI. Asperger Syndrome Diagnostic Interview (Gillberg y cols, 2001)

ADI-R. Entrevista para el diagnóstico del autismo-revisada (*Autism Diagnostic Interview- Revised*, ADI-R; Couteur, Lord y Rutter, 2006)

La intervención en los TEA

Un programa de intervención debería contemplar los siguientes principios reconocidos como eficientes por Alcantud (2013):

- Individualización (cada niño tiene unas características, un grado de afectación, una edad...).
- Estructuración de la enseñanza, de las actividades y del entorno.
- Apoyo familiar en relación a información sobre el trastorno, métodos, manejo de conductas, afrontamiento y de sentimientos.
- Uso de claves visuales: fotografías, pictogramas, dibujos, palabras escritas.
- Generalizar los aprendizajes al entorno natural.
- Incorporación de los intereses del niño para favorecer su motivación.
- Evitación de castigos y hacer uso de refuerzos positivos, como premios o halagos.
- La participación familiar es un factor fundamental para el éxito de la intervención.
- Coordinación entre los profesionales para establecer objetivos y metodología a desarrollar.
- Conjugación equilibradamente las necesidades individuales y los recursos familiares.
- Evaluación continuada.

A continuación, se expone el caso de un niño de 11 años con SA que presenta dificultades en las habilidades comunicativas del lenguaje. Se ha realizado una evaluación de las distintas áreas del lenguaje con pruebas estandarizadas con el fin de conocer los niveles reales de desarrollo de cada una de ellas y sus dificultades para la intervención logopédica.

Presentación del caso clínico

Información previa del sujeto

A.S. H. ha estado en seguimiento desde los dos años de edad (2007), de manera intermitente en *Servicio de Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil V. de la Victoria del A. H. Virgen de la Victoria* donde descartaron que existiese TGD. A los cinco años de edad (2010) lo evaluó la orientadora del centro considerando que era un alumno con necesidades específicas de apoyo educativo. A.S.H fue evaluado por *Fuensocial* durante el año 2013, donde acude de nuevo a logopedia durante un año (5-6 años).

Pruebas aplicadas en el centro escolar

(Noviembre 2010)

Entrevista con los padres.

Test Breve de inteligencia de Kaufman (K-BIT).

Raven escala color.

Test de Boehm de conceptos básicos.
Cumain Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil.
Entrevista con la tutora.
Observación en clase.

Pruebas aplicadas en Centro de Logopedia Fuensocial (Abril 2013)

Entrevista con padres
Entrevista telefónica con tutora
Cuestionarios padres, tutora y profesora de apoyo
Observación directa
Pruebas psicopedagógicas:

Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV (wisc-IV): obtiene un C.I global de 116, lo que lo sitúa en un nivel medio-alto.

Test de análisis de la lecto-escritura de Toro y Cervera (T.A.L.E): su nivel tanto de lectura mecánica como comprensiva es muy buena. El grafismo es torpe, siendo muy lento en la ejecución del dictado, teniendo que instigarle a que continúe debido a que no quiere escribir porque no le gusta.

Escalas y cuestionarios:

Cuestionario para la detección de alumnos y alumnas del espectro autista.

Test infantil del Síndrome de Asperger (CAST).

Cuestionario de Screening para el espectro autista de alto funcionamiento (ASSQ) de EHLERS y GILBERG y WING (1999).

Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Farré y Narbona (EDAH).

Escala Magallanes de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Existe una probabilidad muy alta de que exista un Trastorno del Desarrollo tipo Síndrome de Asperger, remitido por la psicóloga responsable del *Servicio de Atención Psicológica*, después de realizar una Evaluación Psicopedagógica a A.S.H en la cual presenta múltiples problemas atencionales, conductuales, pedagógicos, sociales y emocionales.

Anamnesis

Datos personales

Nombre: A.S.H.

Fecha de nacimiento: 4 de julio de 2005

Edad: 11 años, 9 meses

Centro escolar

Desde los tres años se encuentra escolarizado. Primero estuvo en la guardería "Los Peques" y a continuación entró en la Etapa Infantil en el colegio C.E.I.P. M.P, Benalmádena (Málaga). Actualmente cursa 6º de Educación Primaria dentro de la modalidad B, donde permanece la mayor parte del tiempo en el aula ordinaria y recibe sesiones de apoyo una vez por semana.

Motivo de informe

Los padres de A.S.H. informan de que su hijo muestra inquietud motora y déficit de atención a la hora de realizar cualquier tipo de actividad. A nivel social no presenta buena interacción con respecto a sus iguales. Solicitan una nueva evaluación del desarrollo lingüístico del niño, ya que va a finalizar la etapa de Educación Primaria y les preocupa que no sea capaz de desarrollar las habilidades curriculares del nuevo ciclo.

Antecedentes socio-familiares

El padre de A.S.H. reconoce que tiene rasgos significativos del *Síndrome de Asperger*.

Antecedentes personales

Según informa la madre, el embarazo fue bueno pero el parto largo y difícil. El postparto le resultó complicado. Nació a las 40 semanas y 11 días de gestación. La lactancia tuvo una duración de 8 meses incluyendo complemento alimenticio.

Historial médico

A.S.H. tuvo adenoides en el oído desde el nacimiento hasta los 5 años. Presenta también desviación atípica del ojo izquierdo, lleva gafas desde hace dos años (2015) y tiene asma infantil por falta de aire debido a abundante mucosidad (sin significación actual). Dientes de leche persistentes (solo le ha mudado cuatro dientes).

Áreas del desarrollo

Desarrollo comunicativo-lingüístico: no balbuceó, primeras palabras a los 18 meses de edad aproximadamente y comenzó a decir sus primeras frases a los 30 meses. Sus funciones comunicativas se daban solo cuando tenía alguna necesidad. Expresión oral inteligible con desarrollo fonológico normativo.

Desarrollo motor: en los primeros meses, tenía un control cefálico inadecuado (solo se giraba para un lado). Empezó a andar a los 12 meses sin gateo previo. En la actualidad, no presenta ningún tipo de retraso motor.

Desarrollo cognitivo-simbólico: es monotemático, le gusta jugar con sus normas. Reproduce alguna que otra vez películas infantiles, incluso con la misma entonación.

Como información general añadir que desde pequeño presenta en la alimentación reflujo nasal y masticación rápida. En cuanto al sueño, suele acostarse tarde, tiene pesadillas y habla nocturna; y con respecto a la higiene es autosuficiente.

Escolaridad

En el colegio tiene limitación de interés en relacionarse con los compañeros, presentando tendencia a desarrollo de juegos individuales y pocas actividades compartidas. Solo busca a sus iguales para pedir o rechazar lo que desea. Con los maestros se comunica adecuadamente. También se le atribuye dificultad en la secuenciación de historias complejas e interpretar tareas mentalistas. Con respecto al nivel curricular, A.S.H. no presenta dificultades. Va adquiriendo los conocimientos de las distintas áreas a medida que se van trabajando en el aula.; no obstante debido a su falta de atención, inquietud motora y a las frecuentes distracciones que presenta, comete errores en las tareas y a veces no llega a terminirlas.

Contexto socio-familiar

A.S.H. es hijo único, vive con su madre desde el año 2008 debido a que sus padres están divorciados. A su padre lo ve los fines de semana y algún día entre semana. La relación entre los padres es buena aunque a veces no existe acuerdo entre ellos a la hora de educarlo, por el cual, está siendo mayormente educado por su madre.

Evaluación

Para la evaluación de las habilidades comunicativas y lingüísticas de A.S.H, se han utilizado pruebas específicas de TEA y pruebas de evaluación del lenguaje con el fin de conocer el nivel de desarrollo del lenguaje; y determinar si es necesario intervenir y en qué áreas específicas del lenguaje.

Pruebas administradas

Pruebas Específicas de TEA

La valoración, de las habilidades comunicativas de A.S.H., empezó con la aplicación de diferentes tipos de cuestionarios a rellenar tanto por los padres, como los profesores del centro.

Inventario del espectro autista (I.D.E.A.) (Rivière, 2004)

El objetivo de este instrumento es evaluar doce dimensiones características de personas con espectro autista y/o con trastornos profundos del desarrollo.

Modo de aplicación: individual

Duración: variable

Valoración: valorar la severidad y profundidad de los rasgos autistas que presenta una persona, con independencia de cuál sea su diagnóstico diferencial.

I.D.E.A tiene tres utilidades principales:

Establecer inicialmente, en el proceso diagnóstico, la severidad de los rasgos autistas que presenta la persona.

Ayudar a formular estrategias de tratamiento de las dimensiones, en función de las puntuaciones en ellas.

Someter a prueba los cambios a medio y largo plazo que se producen por efecto del tratamiento, valorando así su eficacia y las posibilidades de cambio de las personas con S.A.

Entrevista para el diagnóstico del autismo-revisada (ADI-R) (Couteur, Lord y Rutter, 2006)

Es una entrevista diseñada con el fin de obtener la información necesaria para llegar a un diagnóstico del autismo y ayudar a la evaluación de los trastornos que se denominan trastornos del espectro autista. Evalúa la presencia de pautas de conducta restringidas, el tipo de interacción social y habilidades pragmáticas.

Ámbito de aplicación: edad mental mayor de 2 años

Modo de aplicación: padres

Duración: 2 horas aprox.

Valoración: permitir una evaluación profunda de sujetos con sospechas de autismo o algún **Trastorno del Espectro Autista (TEA)**. Se centra en las conductas que se dan raramente en las personas no afectadas.

Test infantil del síndrome de asperger (CAST) (Scott; Baron-Cohen; Bolton; Brayne, 2002)

El objetivo de este instrumento es la identificación temprana de niños, entre edades comprendidas entre los cuatro y los once años, cuyos comportamientos sugieren un alto riesgo de presencia de un síndrome de Asperger.

Ámbito de aplicación: 4-11 años

Modo de aplicación: padres

Duración: variable

Valoración: Una puntuación total de 15 o superior sería indicativa de la presencia de comportamientos que justificarían realizar una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud.

Entrevista diagnóstica para el síndrome de asperger (A.S.D.I) (Gillberg; Gillberg; Rastam y Wentz, 2001)

El objetivo de este instrumento es evaluar las 6 áreas distintas del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Funcionamiento, correspondiéndose cada una de las preguntas con uno de los criterios conocidos de Gillberg.

Ámbito de aplicación: a partir de 6 años

Modo de aplicación: padres

Duración: variable

Valoración: valorar las alteraciones severas en la interacción social recíproca, patrones de intereses restringidos y absorbentes, imposición de rutinas, rituales e intereses, peculiaridades del habla y el lenguaje, problemas de comunicación no verbal, torpeza motora.

Escala australiana para el síndrome de asperger (ASAS) (Attwood, 1998)

El objetivo de este instrumento es identificar comportamientos y habilidades que pudieran ser indicativos del Síndrome de Asperger en niños durante sus años en la escuela primaria. Esta es la edad en la cual se hacen más llamativos las habilidades y los modelos inusuales de comportamiento.

Ámbito de aplicación: 6 años en adelante

Modo de aplicación: padres o profesores

Duración: variable

Valoración: identificación de las habilidades socioemocionales, motrices, cognitivas, etc. de los niños en edad escolar.

Pruebas de evaluación del lenguaje

A continuación se indican los objetivos y contenidos de las pruebas empleadas para la valoración de las dificultades que presenta A.S.H. en los diferentes componentes del lenguaje oral en sus vertientes comprensiva y expresiva.

Prueba de evaluación clínica de fundamentos del lenguaje (CELF-4) (Wiig, Secord & Semel, 2006)

El objetivo de la aplicación del CELF-4 es identificar y evaluar qué aspectos del lenguaje se encuentran alterados en el niño. Se ha aplicado esta prueba para evaluar las habilidades del lenguaje de A.S.H. y determinar cuáles son sus puntos fuertes y débiles en semántica, morfosintaxis, pragmática y habilidades del lenguaje.

Ámbito de aplicación: 5 – 21 años

Modo de aplicación: individual

Duración: 30-40 minutos

Baremación: puntuación típica, intervalo confidencial de la PT, centiles e intervalo confidencial de los centiles.

El CELF-4 tiene la función de:

Identificar, evaluar y diagnosticar a personas con desórdenes del lenguaje y la comunicación.

Identificar dificultades en áreas específicas del lenguaje y determinar si presenta problemas en el lenguaje comprensivo o expresivo.

La prueba consta de 13 subtest que evalúan los siguientes contenidos:

TAREA	CONTENIDO EVALUADO
Conceptos y siguiendo direcciones	Lenguaje receptivo y contenido del lenguaje
Estructura de palabras Recordando oraciones Formulación de oraciones	Lenguaje expresivo y estructura del lenguaje
Clases de palabras 1	Lenguaje receptivo y contenido del lenguaje
Estructura de oraciones	Lenguaje receptivo y estructura del lenguaje
Vocabulario expresivo	Contenido del lenguaje
Entendiendo párrafos	Comprensión
Conocimiento fonológico	Fonología
Asociación de palabras	Semántica
Repetición de números Secuencias familiares Enumeración rápida y automática	Memoria

Test de comprensión de estructuras gramaticales (CEG) (Mendoza, Carballo, Muñoz y Fresneda, 2005)

Se ha decidido aplicar esta prueba con el objetivo de evaluar el nivel de comprensión de estructuras gramaticales de diferente complejidad.

Ámbito de aplicación: 4-11 años

Modo de aplicación: individual

Duración: 15-20 minutos aproximadamente

Baremación: baremos por edades para interpretar el percentil correspondiente a las puntuaciones directas según el número total de aciertos y el número de bloques correctos.

Este test no requiere respuesta verbal al tener un formato de múltiple opción, por lo que puede medir la comprensión del lenguaje en sujetos con graves trastornos de expresión.

La prueba consta de 20 bloques constituidos por los tipos de construcciones gramaticales más estudiadas en la lengua española, incluyendo las siguientes estructuras:

Bloque A	Oraciones predicativas SVO no reversibles
Bloque B	Oraciones atributivas
Bloque C	Oraciones predicativas negativas
Bloque D	Oraciones predicativas pronominalizadas
Bloque E	Oraciones predicativas SVO reversibles
Bloque F	Oraciones predicativas SVO con sujeto plural
Bloque G	Oraciones coordinadas disyuntivas
Bloque H	Oraciones predicativas SVCC de lugar
Bloque I	Oraciones coordinadas adversativas

Bloque J	Oraciones relativas del tipo SO
Bloque K	Oraciones SVO con sujeto escindido
Bloque L	Oraciones comparativas absolutas
Bloque M	Oraciones OVS con objeto focalizado
Bloque N	Oraciones con objeto pronominalizado
Bloque O	Oraciones relativas del tipo SS
Bloque P	Oraciones coordinadas adversativas
Bloque Q	Oraciones con objeto pronominalizado
Bloque R	Oraciones pasivas OVS reversibles
Bloque S	Oraciones OVS con objeto escindido
Bloque T	Oraciones relativas del tipo OS

Test de vocabulario en imágenes peabody (PPVT-III) (Dunn, Dunn y Arribas, 2006)

Se ha aplicado esta prueba para evaluar el nivel de desarrollo del vocabulario receptivo y obtener un *screening* de la aptitud verbal.

Ámbito de aplicación: 2 años y 6 meses – 90 años

Modo de aplicación: individual

Duración: 15 – 30 minutos

Baremación: CI verbal, edad de desarrollo equivalente y percentil.

La prueba consta de 192 láminas con cuatro dibujos cada una, agrupados en 16 conjuntos con 12 elementos cada uno, y cada conjunto corresponde a un grupo de edad de aplicación.

Es una prueba muy útil para detectar disfunciones lingüísticas a cualquier edad, y proporciona una evaluación del potencial lingüístico del sujeto.

Batería del lenguaje objetiva y criterial (BLOC) (Puyuelo, 2002)

El objetivo de la aplicación de esta batería es valorar tanto el lenguaje comprensivo como expresivo y definir todas las conductas lingüísticas alteradas a nivel cuantitativo y cualitativo.

Ámbito de aplicación: 5-14 años

Modo de aplicación: individual

Duración: 30-40 minutos

Baremación: Las características de elaboración y de baremo de la prueba permiten disponer de una baremación o de un criterio de dominio global de morfología, pero también parcial de cada una de las habilidades evaluadas, disponer de criterios en relación con el nivel de dominio de verbos en futuro, los pronombres, los derivados, etc. En sintaxis se puede disponer de criterios en relación con la capacidad de comprender y formular frases, sujeto-verbo-objeto directo, las pasivas, o diferentes formas complejas; igualmente en lo referido a semántica y pragmática.

La batería puede evaluar de forma flexible, solo un módulo -por ejemplo, morfología o pragmática- o todos ellos. Cada módulo está subdividido en bloques que responden a diferentes habilidades lingüísticas y comunicativas. Por lo tanto, se dispone de una valoración global de cada módulo, pero también de cada una de estas habilidades.

El hecho de incorporar baremos normativos clásicos en función del intervalo de edad, puntuación referida al criterio y las curvas de desarrollo como evaluación global de cada habilidad lingüística favoreció posteriormente su aplicación a grupos con patologías del lenguaje muy diferentes.

Resultados e interpretación

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en la evaluación tanto de los cuestionarios como de los distintos aspectos del lenguaje oral que se han valorado:

Con el fin de establecer el diagnóstico en A.S.H., según los criterios del DSM-V, se aplicaron varios instrumentos: I.D.E.A, ADI-R, CAST, A.S.D.I y ASAS.

Instrumentos / Subescalas	Puntuación directa	Límite clínico
I.D.E.A		
Desarrollo social	6	24: Síndrome de Asperger 50: Autismo
Comunicación y lenguaje	6	
Anticipación y flexibilidad	8	
Simbolización	6	
Total	26	90
ASAS	2,5	2-6
ADI-R		
Interacción social	12	10
Comunicación	9	8
Patrones de conducta estereotipados	4	3
A.S.D.I		
Alteraciones severas en la interacción social recíproca	2	2
Patrones de intereses restringidos	1	1
Imposición de rutinas, rituales e intereses	0	1
Peculiaridades del habla y lenguaje	3	3
Problemas comunicación verbal	2	1
Torpeza motora	0	1
CAST	17	≥ 15

Resultados de los instrumentos utilizados para la realización del diagnóstico de Trastorno de Asperger.

La puntuación obtenida en las cuatro subescalas del cuestionario I.D.E.A es de 26 puntos, por lo que muestra rasgos autistas ya que la puntuación en torno a 24 puntos son propias del trastorno de Asperger.

En el cuestionario ASAS, la puntuación adquirida se encuentra dentro del límite clínico al tener una media de 2,5, dando la posibilidad de la existencia de SA.

En la entrevista clínica ADI-R, se observa que las tres puntuaciones obtenidas sobrepasan los límites clínicos establecidos, estando la interacción social más afectada en comparación con las otras dos subescalas.

En el cuestionario ASDI, se cumple el criterio evaluado en todas las áreas exceptuando el área de torpeza motora y el área de imposición de rutinas, rituales e intereses.

La evaluación del cuestionario CAST, muestra la presencia de comportamientos que serían indicativos del SA, al obtener una puntuación de 17 y estar el límite clínico entre ≥15 puntos.

Tras el análisis y valoración de los cuestionarios, hemos comprobado que existe una gran concordancia y acuerdo entre las respuestas de la madre y la profesora de apoyo.

De acuerdo a los resultados obtenidos, todo parece indicar que A.S.H. presenta un trastorno del Síndrome de Asperger leve.

Prueba de evaluación clínica de fundamentos del lenguaje (CELF-4) (Wiig, Secord & Semel, 2006)

La siguiente tabla muestra el resumen de los datos obtenidos en la aplicación del CELF-4:

	Core language	Receptive language	Expressive content	Language content	Language structure	Working memory
Sum. subtest	51	19	45	51	29	31
Stand. score	117	97	134	141	97	134
Stand. Score +/-	6	9	6	5	7	10
Conf. intervalo	111 to 123	88 to 106	128 to 140	136 to 146	90 to 104	124 to 144
Percentiles	87	42	99	99.7	42	99
PC Conf. intervalo	77 to 94	21 to 66	97 to 99.6	99 to 99.9	25 to 61	95 to 99.8

Núcleo del lenguaje: Pc = 87. El 13% de los niños de su edad obtiene mejores puntuaciones.

Lenguaje receptivo: Pc = 42. El 58% de los niños tienen mejores puntuaciones en esta área.

Lenguaje expresivo: Pc = 99. Solo un 1% obtiene mejor puntuación.

Contenido del lenguaje: Pc = 99.7. Obtiene mejor puntuación que el 0.03% de niños de su edad.

Estructura del lenguaje: Pc = 42. Obtiene menor puntuación que el 58% de los niños de su edad.

Memoria de trabajo: Pc = 99. Solo un 1% de los niños obtiene una puntuación mejor.

Según los resultados obtenidos, A.S.H. obtiene un mejor desarrollo del nivel expresivo que el receptivo presentando ciertas dificultades a nivel de estructuración de oraciones, con una diferencia significativa. Al igual que la diferencia entre el contenido y la estructura del lenguaje es más significativa, presentando un mejor rendimiento en el aspecto semántico que en el gramatical.

Test de comprensión de estructuras gramaticales (C.E.G) (Mendoza, Carballo, Muñoz y Fresneda, 2005)

Los datos obtenidos tras la aplicación del C.E.G. se reflejan en la siguiente tabla:

P.D	Percentil	Nºbloques correcto	Percentil
73/80	55	15/20	50

Las puntuaciones obtenidas en el CEG corresponden a un percentil 55 en función del número de aciertos, lo que indica que el 45% de los niños de su edad presenta mejor comprensión de estructuras gramaticales que A.S.H. El percentil en el número de bloques correctos es de 50, lo que indica que esta justo en la media.

La mayoría de los errores que ha cometido son de carácter gramatical, en los bloques correspondientes a oraciones relativas del tipo SO (*La mujer abraza a la niña que es rubia*), oraciones OVS con objeto focalizado (*Al hombre lo besa la mujer*), Oraciones relativas del tipo SS (*El perro que persigue al gato es pequeño*) y oraciones relativas del tipo OS (*La niña a la que abraza la mujer es rubia*).

También ha cometido algún error léxico, al seleccionar oraciones que varían en un nombre, verbo o complemento, en oraciones OVS con objeto escindido (*Es al coche al que persigue la bici*).

Test de vocabulario en imágenes peabody (PPVT-III) (Dunn, Dunn y Arribas, 2006)

Las puntuaciones obtenidas tras la aplicación del test Peabody se muestran a continuación:

Puntuación típica:	CI:	Percentil: 99.5
Eneatipo: 9	139	Edad equivalente: 17-11
Puntuación muy alta		

Los resultados obtenidos por A.S.H. indican que presenta un nivel de desarrollo de vocabulario comprensivo alto, obteniendo un CI verbal situado dos desviaciones típicas por encima de la media correspondiente a su edad (139).

La edad equivalente obtenida por A.S.H. ha sido de 17 años y 11 meses, lo que refleja un desfase de seis años con respecto a su edad cronológica. El valor del percentil indica que solo el 0.5% de niños de su edad comete menos errores que él en esta prueba.

Los pequeños errores cometidos son palabras de baja frecuencia, como *selénico*, *amarrida*, *mielgo*, *ósculo*...

Batería del lenguaje objetiva y criterial (BLOC) (Puyuelo, 2002)

En la tabla siguiente se muestran las puntuaciones obtenidas en los distintos bloques del BLOC:

Bloques	PD	PC	Nivel
Morfología	162	77.8	Superior
Sintaxis	175	96.1	Superior
Semántica	180	100	Superior
Pragmática	98	40.9	Transición

Tras haber realizado la evaluación de la batería del lenguaje objetiva y criterial, se puede observar en los resultados recogidos en la tabla, el déficit que presenta en el área de pragmática.

A.S.H. muestra una puntuación por debajo de la media comprendida para los niños de su edad, PC= 40.9%. A pesar de ello, debemos indicar que no presenta graves problemas en la comprensión gramatical, sino por falta de habilidad en este tipo de oraciones.

En el bloque de morfología, A.S.H. ha sacado un percentil de 77.8%, lo que significa que solo el 22.2 % de los niños de su edad tienen una puntuación más alta. Sin embargo, hay que reforzar las oraciones reflexivas, pronombres personales en función de objeto y los adjetivos derivados por haber obtenido una puntuación baja.

En cuanto a los bloques de sintaxis y semántica, A.S.H. muestra un puntaje muy alto.

Síntesis

Según los datos obtenidos y en términos generales, A.S.H. presenta dificultades a nivel pragmático. Manifiesta dificultades de interacción social, según los datos recopilados, que pueden ser la causa de la dificultad lingüística que presenta en el área de pragmática.

Muestra aptitudes para comunicarse e interactuar. En cuanto a los aspectos atencionales, muestra problemas en atención selectiva. Pese a ítems o pruebas en las que su ejecución y capacidad son buenos, se distrae y pierde la atención, por lo que su rendimiento es menor. Muestra un estilo cognitivo impulsivo, costándole planificar y generar estrategias adecuadas para la resolución de las pruebas que así lo requieren. En los aspectos motivacionales muestra inseguridad e inquietud en las tareas en las que anticipa dificultad. Respecto a los aspectos conductuales, es necesario reforzarle continuamente para que continúe trabajando. También suele acercarse mucho al interlocutor, provocando en ocasiones situaciones incómodas.

Todo parece indicar que A.S.H. presenta un trastorno del Síndrome de Asperger leve con dificultades asociadas del desarrollo del lenguaje.

Orientaciones generales:

Es fundamental que se valore muy positivamente su interés y su esfuerzo por compensar sus dificultades, se refuerce sus avances y se incentiven todas las conductas que impliquen un mayor grado de autonomía y responsabilidad.

Por todo ello, se recomienda el siguiente programa de intervención:

Propuesta de intervención

Justificación

¿Porque es importante tener habilidades sociales en general, y porque es importante tener esta habilidad social?

No saber interactuar con los demás, o no poner en marcha una habilidad social determinada en un momento dado, puede llevar al niño a tener problemas de comportamiento, dificultades en su integración, aislamiento social, baja autoestima, fracaso escolar...

La sociedad tiene reglas acerca de cómo desempeñar conductas interpersonales que implican la adecuación de habilidades sociales.

El entrenamiento en habilidades sociales es costoso e implica grandes dosis de paciencia y tiempo, y los logros van sucediendo muy lentamente, pero si nuestro objetivo es la integración, las habilidades son requisitos imprescindibles para que esta se produzca de manera exitosa.

Nuestro objetivo es que el niño continúe adquiriendo de la forma más adecuada las habilidades sociales necesarias para que tenga una buena interacción social. Conscientes de la importancia que su correcta adquisición tiene para el desarrollo personal.

Metodología

La metodología empleada se basará en un aprendizaje lúdico, interactivo y participativo, propiciando un clima de comunicación que favorezca la creatividad y el aprendizaje. Un aspecto importante a tener en cuenta es la flexibilidad organizativa en la intervención, que implica la adaptación de las actividades en función de la motivación del niño, de las necesidades de la evaluación continua por la consecución o no de los objetivos propuestos y la improvisación que pueda surgir durante el desarrollo del programa.

Los distintos aspectos programados nunca se trabajarán de forma aislada, sino conjuntamente. Es necesario crear un clima de confianza para favorecer la participación activa del niño. Los ejercicios son convenientes cambiarlos en cada sesión, haciendo variantes en ellos. El programa será abierto y se añadirán nuevas actividades adecuadas a la situación en la que se encuentre el niño.

En la planificación de las actividades se tendrá en cuenta el criterio evolutivo del niño, partiendo de las capacidades adquiridas y creando expectativas ajustadas a su evolución. La pauta a seguir en la secuencia tanto de las sesiones como de las actividades, se basará en la progresividad de dificultad creciente, descomponiendo las tareas con fichas breves y sencillas, para garantizar experiencias de éxito, que ayuden a disminuir la anticipación de dificultad, aumentar la percepción de capacidad y aumenten así la motivación por la tarea. Con el paso de las sesiones, vamos utilizando fichas más complejas y que requieren más tiempo atencional para facilitarle la adquisición de las mismas.

Es esencial un buen uso del reforzamiento positivo. Los reforzadores se aplican para incrementar las conductas de baja frecuencia para mantener la atención en una tarea hasta finalizarla, etc. El refuerzo positivo se hará sobre las conductas adaptativas ya existentes, como sobre las conductas que queremos implantar con el objetivo de mejorar en el niño su percepción de competencia y motivación.

El programa de intervención se deberá aplicar dos días por semana. La duración de las sesiones será de cuarenta y cinco minutos. Las actividades propuestas tendrán una duración variable, teniendo en cuenta que no deben exceder de diez a quince minutos aproximadamente.

Objetivos

Objetivos generales:

Adquirir habilidades de interacción social para mejorar las relaciones interpersonales.

Dotar al sujeto de habilidades básicas para el desarrollo de la comunicación verbal y no verbal.

Potenciar el desarrollo socioemocional adaptado a los diferentes contextos en que se desenvuelve la persona.

Lograr una comunicación eficaz mediante el entrenamiento y enriquecimiento del código oral que el niño ya posee.

Crear y estimular el desarrollo de situaciones de comunicación respetando las normas propias de la comunicación.

Objetivos específicos:

Área de lenguaje y comunicación

Verbal:

Aprender a iniciar, mantener y finalizar una conversación.

Dotar de claves para saber cuándo responder, preguntar, cambiar de tema e interrumpir la conversación, así como pedir aclaraciones cuando esté confuso.

Aprender el significado de las metáforas, expresiones hechas y frases con doble sentido.

Controlar las verbalizaciones espontáneas en contextos determinados.

Evitar la expresión de comentarios que pueden ser ofensivos y que hieren o molestan a los demás.

No verbal:

Aprender a respetar el espacio personal según el grado de intimidad, familiaridad y relación con sus interlocutores.

Favorecer el control de gestos y movimientos inadecuados.

Área social:

Comprender reglas sociales.

Identificar emociones.

Área cognitiva:

Favorecer la capacidad para orientar y mantener la atención.

Adquirir habilidades para resolución de problemas.

Actividades

Las siguientes actividades que se proponen, suponen la expresión de ideas para el desarrollo de las mismas, de tal modo que se prestan a ser modificadas según las necesidades que demande el niño. El carácter flexible que se le ha dado permite desarrollarlas tal como se presentan, seleccionar parte de ellas, eliminar o integrar elementos, combinarlas, etc.

Cada una de las ocho actividades tiene unas metas determinadas e intentan atender a diversas necesidades que presenta el niño. En ellas hacemos una descripción de los aspectos que pretendemos mejorar y exponemos el desarrollo de cada actividad.

Actividad 1. Situaciones: ¿Qué harías tú si...?

Materiales: láminas

Esta actividad consiste en el planteamiento de situaciones a través de tarjetas diferentes cuyo comienzo es ¿Qué harías tú si...?. A partir de ahí se plantean diversas situaciones en función de las habilidades sociales que queramos evaluar.

Ejemplos:

Habilidad: **Realizar peticiones. Pedir ayuda:**

“¿Qué harías tú si estás en un lugar nuevo y no encuentras el cuarto de baño?”

Habilidad: **Dar una negativa.**

“¿Qué harías tú si tu compañero te propone dar un paseo pero es la hora de comer?”

Habilidad: **Seguir instrucciones:**

“¿Qué harías tú si tus compañeros que están viendo la TV, te dicen que vayas con ellos?”

Actividad 2. Distancia interpersonal

Materiales: imágenes y silbato.

Esta actividad consiste en mantener la distancia interpersonal adecuada cuando se mantiene una conversación. Se realizará con diferentes tipos de apoyo:

Apoyo verbal: le decimos al niño que hay que mantener una distancia interpersonal adecuada, basándonos en las siguientes cuestiones:

Cuál es la distancia interpersonal adecuada.

Por qué es importante mantener la distancia interpersonal adecuada.

Consecuencias de realizarla de un modo adecuado.

Consecuencias de no realizarla de un modo correcto.

Apoyo visual: acompañaremos la explicación verbal con fotos e imágenes que representen la distancia adecuada.

Apoyo físico: le indicamos la distancia adecuada estirando el brazo para que lo tome como referencia. Al realizar las actividades, cuando veamos una situación no correcta, haremos lo siguiente: extendemos el brazo y la palma de la mano y le decimos: "ALTO".

Apoyo sonoro: también utilizaremos un silbido de silbato cada vez que el niño invada la distancia interpersonal de otro.

Actividad 3. Dar las gracias y pedir por favor

En esta actividad, se dialogará con el niño sobre los momentos en que hay que pedir las cosas por favor, y dar las gracias. Se realizará mediante modelado y role-playing. Por ejemplo:

Al ir a pedir algún objeto a un compañero.

Cuando se hace un recado.

En el comedor, para pedir agua, pan, etc.

Actividad 4. Saludar y despedirse adecuadamente

En esta actividad, se dialogará con el niño sobre saludos (y despedidas) con distintas personas y situaciones, modelando varios ejemplos:

- Al salir de clase, se encuentra por el pasillo con un profesor.
- En fin de semana, se encuentra con un compañero del colegio.
- En el ascensor de casa, se encuentra con un vecino.
- Vas de paseo con tus padres y os encontráis a unos familiares.
- Es importante aprovechar cualquier situación para practicar el saludo de forma natural.

Actividad 5. Pedir ayuda

Materiales: láminas de secuencias

Esta actividad consiste, en hacerle ver que pedir ayuda significa solicitar a otra persona que haga algo por ti ya que tú solo no puedes hacerlo y realizar la petición de manera correcta para obtener esa ayuda.

También se le pedirá que exprese verbalmente situaciones en las que ha necesitado ayuda de otras personas; reflexione, sobre una lista de cosas, situaciones en las que necesita pedir ayuda y a través de historias narradas o visuales, identificar situaciones de peligro en las que el niño debe pedir ayuda.

Actividad 6. Escucha activa

Materiales: imágenes

En esta actividad, se le explicará en qué consiste la habilidad de *Escucha Activa* y la importancia que tiene al comunicarse con otra persona: "escuchar cuidadosa y atentamente lo que la persona dice y estar seguro de que se ha entendido y si no es así preguntar".

Consecuencias de aprender esta habilidad: Hacer las cosas correctamente; evitar malentendidos; hacer amigos; interesarse por ellos; compartir experiencias, ilusiones...

Consecuencias de no llevar a cabo esta habilidad de un modo correcto: que la persona que nos habla no tenga interés por seguir hablando; incluso que se enfade con nosotros; no compartir opiniones, ideas con los demás; no enterarse de lo que te dicen y no hacer bien las cosas...

Se le pondrá mediante una presentación de láminas, un grupo de imágenes dónde debe separar las que indican escucha activa y las que no para realizar la actividad.

Actividad 7. Expresar emociones

Esta actividad se llevará a cabo para que comprenda las emociones de los demás, ya que es un requisito esencial para el establecimiento de cualquier tipo de relación socio-afectiva. Se le enseñará en qué situaciones puede, debe, o es necesario expresar sus emociones a otras personas. Y con qué personas es adecuado y con cuáles no es adecuado hacerlo. Se hará en diferentes pasos:

Se le explicará qué son las emociones. Hay que hacerle consciente de que no hay emociones buenas o malas, si no que estas se dan de forma inevitable. Unas nos hacen sentir bien (positivas) mientras que otras, por el contrario, nos hacen sentir mal (negativas).

El niño modelará distintas situaciones que produzcan emociones positivas (alegría, ilusión, satisfacción,...) Y explicará verbalmente como se siente en cada ocasión.

Se dramatizarán situaciones en las que haya que practicar el reconocimiento de emociones positivas, y negativas. Por ejemplo:

- Te hacen un bonito regalo
- Estas jugando en el recreo y te estás divirtiendo.
- La profesora te dice que has trabajado muy bien.
- Te quita la pelota un compañero mientras estas jugando al fútbol.
- Te mira un compañero y te dice algo q no te gusta.

Actividad 8. Controlar emociones negativas

Esta actividad se llevará a cabo para que el niño sea consciente que hay diferentes formas de reaccionar ante una misma situación y que cada una de ellas tiene unas consecuencias, que pueden favorecerles o no.

Extraer información sobre situaciones vividas, y las reacciones ante las mismas.

El niño debe ser consciente de en función de cómo se actúa se producen diferentes reacciones, tanto en los demás como en ellos mismos. Se reflexionará sobre la influencia de cada uno en su propio medio, lo que facilitará la regulación de la manifestación de las emociones.

Que el niño, se dé cuenta de que la manifestación de sus emociones influyen en otras personas; por lo que es necesario aprender a transmitir las emociones positivas y a regular las que producen situaciones no desagradables.

Empleo de autoinstrucciones, para el control de situaciones especialmente estresantes para el alumno.

Conclusiones

El presente trabajo muestra la resolución de un caso real de Síndrome de Asperger leve con dificultades en el desarrollo pragmático del lenguaje. Para ello se ha realizado una revisión teórica sobre dicho trastorno, las implicaciones y alteraciones que puede conllevar en el lenguaje, y se han recopilado informes tanto del centro educativo en el que el niño está escolarizado como de los centros privados de rehabilitación logopédica.

Para conocer los niveles de dificultad que A.S.H. presenta en las diferentes áreas del lenguaje ha sido evaluado con pruebas estandarizadas en función de los datos e informes previos que se conocían y se ha realizado una evaluación exhaustiva.

Tras la valoración completa del niño, se registraron dificultades en el uso del lenguaje oral. A nivel gramatical tiene dificultades para la interpretación de oraciones con estructuras gramaticales complejas. Y a nivel pragmático sus dificultades más notables son en la comprensión del significado de las oraciones cuando éstas forman parte de una conversación, la interpretación de metáforas, información no verbal, mantener los turnos en una conversación y empatizar con las personas, entre otras. Tiene facilidad para comprender información exacta y literal pero dificultad para textos con personajes sociales y significados no literales.

Se ha desarrollado una propuesta de intervención logopédica con el objetivo de disminuir las dificultades que presenta en el área de pragmática. Se ha realizado siguiendo los resultados obtenidos en la evaluación previa del lenguaje y teniendo en cuenta la edad del niño.

La colaboración familiar es primordial para el desarrollo de las habilidades comunicativas y lingüísticas. Sería conveniente intervenir en las áreas del lenguaje en las que A.S.H. presenta dificultades, puesto que en breve comenzará Educación Secundaria y se deberían estimular las competencias necesarias para la adquisición de estas nuevas habilidades.

Por último, cabe destacar, la importancia de conocer las necesidades de sus familiares para poder apoyarles y asesorarles en los problemas que puedan surgir en su convivencia diaria.

Bibliografía

Referencias bibliográficas

- Canal, R., García, P., Martín, M.V., Guisuraga, Z., Herráez, M., Guerra, I.... Posada, M. (2013). Diagnóstico precoz y sistemas de cribado en los trastornos del espectro autista. En F. Alcantud (Coord.) *Detección, Diagnóstico e Intervención Precoz en niños con Trastornos del Espectro Autista*, pp 78-125. Madrid: Pirámide.
- Asperger, H. (1944). Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136 [traduc, ingl., en Frith, U. (Comp.) *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press, p.37-92].
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM -5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: ED. Masson.
- Attwood, T. (1998). **ASAS**. La Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (*The Australian Scale for Asperger's Syndrome*).
- Attwood, T. (2009). *Guía del Síndrome de Asperger*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Attwood, T. (2012) El Síndrome Asperger. ¿Existe alguna diferencia entre el Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Funcionamiento? *Fundación autismo diario*. <http://autismodiario.org/2012/02/16/existe-alguna-diferencia-entre-el-sindrome-de-asperger-y-el-autismo-de-alto-funcionamiento/>
- Baron-Cohen, S. (2008). *Autismo y síndrome de Asperger*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y Síndrome Asperger*. Madrid: Alianza Editorial (Orig.2008).
- Cederlund, M. y Gillberg, C. (2004). One hundred males with Asperger syndrome a clinical study of background and associated factors. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 46, 652-660.
- Couteur, A. L., Lord, C. y Rutter, M. (2006). *Entrevista para el diagnóstico del autismo -revisada: ADI-R*. Madrid: TEA.
- De la Iglesia, M. y Olivar, J. S. (2007). *Autismo y síndrome de Asperger. Trastornos del espectro autista de alto funcionamiento*. Guía para educadores y familiares. Madrid: CEPE.
- Dunn, LL., Dunn, L y Arribas, D (2006). *Test de Vocabulario en Imágenes Peabody, PPVT-III*. Madrid: TEA.
- Frith, U. (1993). «El autismo»: p. 19-25
- Frith, U. (2003). *Autismo: hacia una explicación del enigma*. Madrid, España: Alianza.
- Fundación Autismo Diario (2014) *18 de Febrero, Día Internacional del Síndrome de Asperger Manifiesto de la Fundación Autismo Diario*, Recuperado el día 26 de Febrero de 2017 de: <http://autismo-diario.org/2014/02/17/18-de-febrero-dia-internacional-del-sindrome-de-asperger-2014/>
- Gillberg, C.; Gillberg, C. I.; Rastam, M.; Wentz, E. (2001). *The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview*. *Autism*, 5: 57-66.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, p. 217-250
- López y Rivas, (2014). *El trastorno del autismo. Restos, oportunidades y necesidades*. Revista Informes Psicológicos, 14 (2), 13-31.
- Martos, J., Ayuda, R., González, A., Freire, S. y Llorente, M. (2012). *El Síndrome de Asperger: Evaluación y tratamiento*. Equipo Deletrea. Madrid: Editorial Síntesis.
- Mendoza, E., Carballo, G., Muñoz, J. y Fresneda, M.D. (2005). *Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales, CEG*. Madrid: TEA Ediciones.
- Olivar, J. S. y De la Iglesia, M. (2011). *Trastorno de Asperger y trastorno del espectro del autismo: de la clarificación diagnóstica a la intervención en contextos naturales*. *Psicología conductual*, 19(3), 643-658.
- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Puyuelo, M., Wiig, E., Renom, J. y Solanas, A. (1998). *Batería de lenguaje objetiva y criterial. BLOC*. Barcelona: Masson.
- Riviere, A, (1997). El tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo: principios generales. En A. Riviere y J. Martos (Comp.) *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*, pp 23-60. Madrid: APNA-Imsero.
- Rivière, A. y Núñez, M. (1996) *La mirada mental* Buenos Aires: ED. Aiqué.
- Scott, F., Baron-Cohen, S., Bolton, P., y Brayne, C. (2002) *The CAST (Childhood. Asperger Syndrome Test): preliminary development of UK screen for mainstream primary school children*. *Autism*, 6, 9-31.
- Semel, E., Wiig, E. & Secord, W (2006). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals*, (4th ed, **CELF-4**). San Antonio: Harcourt Assessment.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine*, 11, 115-129.

Referencias normativas

Carta de Derechos de las personas con Autismo (1996) Fundación Autismo Diario.

Recuperado el día 10 de enero de 2017 de <http://autismodiario.org/2011/04/02/carta-de-derechos-de-las-personas-conautismo/>



Utilidad de aplicar la Batería Leeduca y el Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales (TCEG) en dos niños con Trastornos del Neurodesarrollo para la evaluación de Dificultades del Aprendizaje

Trabajo Fin de Grado de Cristina López Rojas,
tutorizado por Antonia Mercedes González Cuenca

Resumen

En este trabajo nos hemos centrado en analizar la utilidad de la batería elaborada por el Grupo Leeduca (Universidad de Málaga) de cara a la detección y posible intervención en niños con dificultades del aprendizaje. Por otro lado, nos hemos propuesto conocer si el Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales (TCEG) aportaba información relevante para estos casos. Para poner a prueba nuestros objetivos hemos realizado la evaluación de dos casos con dichos instrumentos. Ambos participantes se encontraban afectados por Trastornos del Neurodesarrollo, el participante 1 por Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el participante 2 por Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Los resultados muestran para ambos participantes dificultades en relación a la lecto-escritura. Si bien, aunque para el participante 1 éstas son exclusivamente a nivel del lenguaje oral, en el participante 2 se combinan una serie de diferentes déficits cognitivos y lingüísticos. Así pues, concluimos que la Batería Leeduca está correctamente estructurada para detectar áreas a trabajar en niños con dificultades del aprendizaje. Además, en estos casos, el TCEG añade información de utilidad respecto a puntos débiles en relación a la comprensión gramatical.

Palabras clave: dificultades del aprendizaje, Trastornos del Neurodesarrollo, Trastorno del Espectro Autista, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Abstract

This project focuses on analyzing the usefulness of the battery of tests developed by the Leeduca Group (University of Malaga) with the objective of detecting and intervening in children with learning disabilities. At the same time, we are interested in knowing if the Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales (TCEG) provides relevant information for these cases. In order to test our objectives, we have evaluated two cases using these tests. Both participants were affected by Neurodevelopmental Disorders: participant 1 due to Autistic Spectrum Disorder (ASD) and participant 2 due to Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The results show difficulties for both participants regarding reading and writing. Although for participant 1 these are exclusively at the oral language level, in participant 2 we find a combination of different cognitive and linguistic deficits. Thus, we conclude that the Leeduca Battery of Tests is correctly structured to detect areas to work on in children with learning disabilities. In addition, in these cases the TCEG provides additional useful information regarding weak points in relation to grammatical comprehension.

Keywords: learning disabilities, Neurodevelopmental Disorders, Autistic Spectrum Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Introducción

La idea central en torno a la que gira el presente trabajo surgió tras participar en las evaluaciones llevadas a cabo por el Grupo Leeduca durante los meses de noviembre 2016 y febrero 2017. En dichas evaluaciones se pretendía detectar, a través de una amplia batería desarrollada por el propio grupo, aquellos niños/as con dificultades de aprendizaje. En el presente trabajo fin de grado nos proponemos a analizar en profundidad qué información de utilidad aporta la batería de cara a la detección y posible intervención sobre alumnos con dificultades del aprendizaje. Así como si es conveniente y de utilidad aplicar una prueba como el TCEG centrada en evaluar las habilidades de comprensión de construcciones gramaticales complejas a los participantes que tras la evaluación presentan dichas dificultades. Además de este doble objetivo, entre todos los niños evaluados por la alumna encargada de desarrollar el proyecto, dos de ellos han sido seleccionados para aplicarles el TCEG. Se les selecciono de entre la muestra por presentar dificultades de aprendizaje no específicas a criterios de su profesor y por encontrarse ambos afectados por Trastornos del Neurodesarrollo, uno de ellos por Trastorno del Espectro Autista (TEA) y otro por Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Previamente ambos niños han sido evaluados de manera longitudinal a través de la Batería para la Predicción de la Dislexia elaborada por el Grupo Leeduca, grupo de investigación de la Universidad de Málaga centrado en estudiar el lenguaje escrito y las dificultades del aprendizaje. Para fundamentar teóricamente esta propuesta en los siguientes apartados analizaremos el desarrollo normal en la adquisición de la gramática, definición y aprendizaje de la lectura en TEA y en TDAH. Por último, incluimos un apartado dedicado a describir brevemente la fundamentación teórica bajo la que opera la batería empleada por el Grupo Leeduca para prevenir y detectar precozmente la dislexia evolutiva.

Desarrollo normal en la adquisición de la gramática

En este ámbito fue Noam Chomsky quien en los años 60 desarrollo la teoría lingüística que ha tenido más influencia en la psicología lingüística. Tras su obra dos ideas eran especialmente atractivas y se consideraban fácilmente demostrables: la teoría derivacional de la complejidad (TDC) y la autonomía de la sintaxis (AS). La TDC argumenta que cuanto más compleja sea la derivación sintáctica de una oración –esto es, cuantas más transformaciones sean necesarias para construirla- más complejo será el procesamiento psicológico necesarios para comprenderla y más complejo será también el proceso de análisis gramatical (Mendoza, Carballo, Muñoz & Fresneda, 2005). El principio de autonomía del lenguaje aboga que la sintaxis tiene un conjunto de combinaciones mentales que no se pueden derivar de nociones semánticas.

Respecto a la complejidad de la comprensión de un mensaje, Kaan y Swaab (2002) presentan los siguientes factores que inciden en su dificultad:

- Establecimiento de la estructura: combinación de palabras en unidades superiores (sintagmas, frases) en base a la información de la categoría de las palabras
- Concordancia: por ejemplo, en español el artículo necesita concordar en género y número con el nombre y el verbo necesita concordar en número y persona con el sujeto.
- Mapeo de roles temáticos: tales como agente y paciente.
- Complejidad: los autores consideran que una oración es más compleja si el orden de los sintagmas nominales que ejercen los roles temáticos o, simplemente, el orden de las palabras, no es canónico.

Existe un amplio consenso en que los niños, desde los primeros meses o incluso desde el útero, son receptivos a determinados aspectos prosódicos del habla y en que a partir de los 8 meses comprenden algunas palabras en contexto cuando se acompañan de gestos (Miller Paul, 1995). Desde ese momento se inicia una rápida progresión, que viene marcada por algunos hitos, como, por ejemplo, que a los 18 meses ya comprenden combinaciones de dos palabras y a los 24 meses la relación canónica de sujeto-verbo-objeto (SVO); no obstante, hasta los 42 meses van a presentar dificultades para usar el orden de palabras en la identificación de los agentes en oraciones improbables o neutras. A partir de esa edad, los niños con desarrollo normal comprenden los indicadores de orden de palabras en las relaciones agente-acción-objeto. A los 4 años se inicia la comprensión de las reglas sintácticas básicas, así como de las excepciones a las mismas, como sucede, por ejemplo, en la comprensión de oraciones pasivas.

A continuación, presentaremos el desarrollo normal entre los 3 y 4 años de ciertos aspectos fundamentales de la gramática.

Las oraciones compuestas

Las oraciones compuestas son aquellas que incluyen dos verbos, tanto si cuentan con conectores sintácticos como si no aparecen. Así las oraciones compuestas incluyen la coordinación, donde las oraciones que la constituyen están enlazadas por una conjunción de coordinación sin que ninguna de las oraciones sea jerárquicamente dependiente de la otra, y la subordinación, donde una oración depende de la otra.

Los principales tipos de oraciones compuestas se adquieren entre los 2 y 4 años de edad. Los primeros nexos oracionales aparecen en el lenguaje del niño observado a los 25 meses de edad y son: “que”, “y” y “porque”. A los 27 meses aparecen las coordinadas adversativas con “pero”. A los 28 meses, el niño empieza a producir coordinadas disyuntivas con “o”. A los 30 meses aparecen subordinadas adverbiales con valores finales. Y a los 36 meses las adversativas con “sino” y el resto de oraciones adverbiales: condicionales, comparativas, temporales y modales. Los niños empiezan a producir cada tipo mediante una determinada realización estructural o a partir del uso de un nexo determinado, dándose posteriormente una expansión, sin llegar a adquirir antes de los 4 años de edad una serie de usos o variedades (Serra, 2000).

Trastorno del Espectro Autista (TEA): definición y aprendizaje escritor.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. Las dificultades del lenguaje en aquellas personas afectadas por TEA forman parte de los criterios establecidos para su diagnóstico. Dentro de los autistas se conciben tres niveles de diferente afectación, por tanto, a la hora de analizar su lenguaje podemos formar tres grupos con diferente capacidad lingüística. El grupo de nivel más bajo (con graves dificultades para la comprensión verbal y el lenguaje expresivo e incluso mutismo funcional) parece verse severamente limitado en el desarrollo de los requisitos comunicativos y cognitivos más primarios del lenguaje (desarrollo de intenciones comunicativas y acceso al código lingüístico). Presentan conductas restrictivas y repetitivas, inflexibilidad en el comportamiento, dificultad extrema para lidiar con el cambio u otros comportamientos restrictivos/repetitivos que interfieren con el funcionamiento en todos los contextos. El segundo grupo, o de nivel medio (con cierto desarrollo lingüístico que le permite comprender y utilizar un vocabulario y un conjunto de estructuras sintácticas limitados), desarrolla una cierta «competencia lingüística» la cual, no obstante, no le permite, según parece, un uso flexible y productivo del código lingüístico. Las conductas restrictivas y repetitivas e inflexibilidad anteriormente comentados también aparecen, pero en menor número de contextos. Por último, el tercer grupo, o de nivel más alto (que muestra un lenguaje relativamente elaborado en el plano de la morfosintaxis y del léxico), se caracterizaría por dificultades que se manifiestan, fundamentalmente, en un modo limitado o peculiar de «uso» del lenguaje. Dificultad para iniciar interacciones sociales, y ejemplos claros de respuestas atípicas o fracasadas ante la apertura social de los otros. También es característico en este grupo la aparición de conductas e intereses restrictivos y repetitivos e inflexibilidad en el comportamiento (Rebollo 1997).

A nivel de áreas de intervención encontramos el área motora, áreas socio-afectiva, área lingüística y área cognitiva. Es dentro del área lingüística donde encontramos la gramática. Centrándonos en ella hay que señalar que los niños autistas presentan un sistema gramatical regido por reglas, pero que estas son menos complejas que las que emiten aquellos niños con un desarrollo del lenguaje normalizado. Los sujetos autistas omiten los morfemas gramaticales en contextos obligatorios y tienen una menor puntuación en desarrollo de oraciones que los niños normales (igualados todos en edad mental). Estos hallazgos reflejan el retraso global del lenguaje del niño autista (Rodríguez, 1988).

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): definición y aprendizaje escritor.

La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en niños de un nivel de desarrollo similar. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, son diagnosticados cuando están presentes los síntomas durante varios años. Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (p. ej., en casa y en la escuela o en el trabajo). Además deben existir pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo. Tal y como indica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014), este trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no

se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad). Estos niños a menudo parecen no escuchar a los demás, son olvidadizos, están constantemente en movimiento o son incapaces de quedarse sentados, interrumpen constantemente, hablan sin pensar... todos estos son signos de alerta del trastorno TDAH.

La disfunción cognitiva que lo caracteriza está en el fallo en las funciones ejecutivas, en la internalización del lenguaje y, por tanto, en la capacidad de análisis y síntesis de la información. Los niños con TDAH tienen dificultades en la organización fonológica y en la sintaxis. Manifiestan problemas graves en aquellas tareas que requieren organización semántica, tienen una pobre memoria auditiva y, de manera especial, dificultades en la comunicación y en la pragmática. Pierden mucha información verbal debido a su disfunción ejecutiva. Es más probable además que desarrollen problemas del aprendizaje, principalmente en tareas de lectoescritura. Los niños con TDAH tienen de manera especial grandes dificultades narrativas, uno de los apoyos de la naturaleza pragmática del lenguaje. Toda aquella tarea compleja que requiera planificación, organización y regulación ejecutiva de las conductas lingüísticas plantea mayores problemas que en individuos sanos. Estos problemas comunicativos dan lugar a dificultades de tipo social. El hecho de que estos chicos presenten dificultades en la interacción social, en la empatía y, especialmente, en las habilidades comunicativas, lleva a que muchos escolares con diagnóstico de TEA puedan cumplir los criterios para TDAH o a la inversa, chicos con diagnóstico de TDAH cumplen ciertos rasgos propios del TEA (Vaquerizo-Madrid, Estévez-Díaz, y Pozo-García, 2005).

Fundamentación teórica Batería Grupo Leeduca

La dislexia evolutiva (DE) se considera una dificultad específica del aprendizaje de la lectura, de carácter hereditario, resultado de un déficit fonológico básico (Peterson y Pennington, 2012; Snowling y Hulme., 2012). Se han investigado principalmente 3 componentes del lenguaje oral en los que se ha verificado el carácter general del déficit fonológico en procesos fonológicos independientes de la lectura: la conciencia fonológica, la memoria verbal a corto plazo y la velocidad de los procesos léxicos (Snowling, 2000). Estos tres procesos, sobre los que se fundamenta la batería utilizada por el Grupo Leeduca, son evaluados y utilizados como predictores de la dislexia evolutiva.

Conciencia fonológica

La conciencia fonológica es la capacidad de reflexionar sobre la fonología propia del lenguaje oral. Esta capacidad implica habilidades para segmentar, identificar y manipular mentalmente los componentes o segmentos fonológicos de la lengua. Los estudios sobre el desarrollo de la conciencia fonológica señalan que el nivel fonémico es el último en adquirirse debido a que los fonemas son las unidades más abstractas, difíciles de identificar en el habla por producirse de manera coarticulada (Liberman, Shankweiler, Fisher y Carter 1974).

En castellano, estudios confirman que, al igual que en otras lenguas, el desarrollo de la conciencia fonémica comienza una vez que los aprendices se enfrentan al aprendizaje de la lectura (Carrillo, 1994).

De forma generalizada, la conciencia fonológica ha sido identificada como uno de los mejores predictores del desarrollo lectoescritor durante los primeros años de enseñanza (Kirby, Parrila y Pfeiffer, 2003; Parrila, Kirby, y McQuarrie, 2004; Schatschneider, Fletcher, Francis, Carlson y Foorman, 2004). Del mismo modo, se ha encontrado que el déficit en conciencia fonológica se observa en los disléxicos, incluso antes de que empiecen a leer (Lundberg y Høien, 1989; Wimmer, 1996; Scarborough, 1990; Sprenger-Charolles, Colé, Lacert y Serniclaes, 2000).

Memoria Verbal a Corto Plazo

El segundo componente de la triada que hemos citado es la memoria verbal a corto plazo, el sistema responsable de almacenamiento temporal y manipulación de la información. Hay autores que proponen que el origen del déficit de memoria verbal se encuentra en deficiencias en el bucle fonológico (Jorm, 1983, de Jong, 1998), mientras que otros lo atribuyen a deficiencias en el almacenamiento fonológico (Kibby, Marks, Morgan y Long, 2004) o a una deficiencia en la memorización del orden de los ítems (Martínez, Majerus y Poncelet, 2013). El lector tiene que poder recordar qué sonidos están representados por las letras y, después, tiene que ser capaz de unir esos sonidos para formar las palabras. Leer implica mantener información activa en la mente mientras se continúa decodificando las palabras de las frases, y se va integrando la nueva información que se acaba de decodificar. En consecuencia, la memoria a corto plazo debe tener algún efecto en el aprendizaje de la lectura.

Nombrado Rápido RAN

El nombrado rápido (RAN) se refiere a la velocidad con que un individuo puede pronunciar los nombres de un conjunto limitado de estímulos como letras, dígitos arábigos, colores o imágenes de objetos familiares, que pueden ser repetidos varias veces y presentados de una forma secuencial.

El déficit de nombrado, que aparece sobre todo cuando se evalúa el tiempo, también se considera característico de los disléxicos (Wolf, 1991). En estas tareas, se presentan elementos frecuentes (imágenes de objetos, colores, letras o números) varias veces en la misma página (normalmente cinco imágenes repetidas 10 veces) en orden aleatorio, y los sujetos deben nombrarlos, de izquierda a derecha y de arriba abajo, con la mayor rapidez y precisión posible.

Estas tareas evalúan la velocidad y precisión de acceso al léxico oral, habilidades que también pueden ser necesarias en la lectura. Ciertamente, después de haber realizado la decodificación grafema-fonema y hecha la síntesis de esa operación, el niño tiene que buscar la palabra en su léxico oral, una operación que podría ser facilitada por un acceso rápido y preciso a este léxico. Los resultados indican que la lectura de los sujetos con este déficit es más lenta que la de los controles (Ackerman y Dykman, 1993; Bowers y Swanson, 1991; Denkla y Rudel, 1976; Felton y Brown, 1990; Wimmer, 1993; Wolf y Obregón, 1992). Sin embargo, algunos estudios han encontrado que el poder predictivo del nombrado rápido sobre la lectura es menor que el de la conciencia fonológica (Kirby et al., 2003; Wagner et al., 1994, 1997). También hay estudios que sugieren lo contrario (Ackerman y Dykman, 1993; Bowers y Swanson, 1991; Felton y Brown, 1990).

Esta disparidad en los resultados puede explicarse por las siguientes razones. La primera, es que las dificultades en nombrado rápido estarían vinculadas principalmente a los lectores con peor nivel lector (Bowers, 1995; McBride-Chang y Manis, 1996). Esta tarea implica velocidad de articulación, que aumenta con la edad, pero alcanza su umbral máximo rápidamente en sujetos con un desarrollo lingüístico normal, y más lentamente en los niños con dificultades en el lenguaje (Henry y Millar, 1993; Kail y Park, 1994). Por lo tanto, en sujetos sin déficits importantes, las diferencias individuales desaparecen rápidamente.

La segunda razón que explicaría la discrepancia en los resultados sería la diferencia en los instrumentos usados para estas tareas. Por ejemplo, la velocidad de nombrado no se ha mostrado como un buen predictor del nivel de lectura, cuando la tarea utilizada implica el nombrado de letras o de dígitos (Wagner et al., 1997), pero sí cuando la tarea utilizada consiste en la denominación de colores (Parrila et al., 2004). Como explica Wagner et al. (1997), es posible que la inclusión de estímulos alfanuméricos haga de estas tareas "meros sustitutos de las diferencias individuales en la alfabetización" lo que explica porqué el poder predictivo de estas habilidades desaparece cuando se tienen en cuenta las habilidades de decodificación. Este no parece ser el caso para la capacidad de nombrar colores u objetos, probablemente porque esta capacidad es menos dependiente del nivel de lectura (Parrila et al., 2004).

Método

Participantes

Los participantes de nuestro estudio son dos alumnos que cursan sus estudios en el Colegio Público Juan Paniagua (Almayate, Málaga). Ambos niños fueron seleccionados por presentar dificultades de aprendizaje no específicas a criterios de su profesor. El participante número 1 tiene 5 años de edad, es varón y según el equipo de orientación del centro presenta rasgos del Trastorno del Espectro Autista. Si bien, se trataría de autismo de alto rendimiento. En estos momentos se encuentra cursando el Segundo Ciclo de Educación Infantil. Este niño es atendido en el Centro de Atención Temprana de Vélez-Málaga por dicho trastorno. Por otro lado, el participante número 2 tiene 6 años, es mujer y a criterio del equipo de orientación del centro muestra rasgos del Trastorno de Atención e Hiperactividad. Ya que este trastorno no es diagnosticable hasta los 7 años y debe manifestarse en varios contextos para ser diagnosticado, no podemos afirmar que lo presente. Además, cabe señalar que no ha recibido hasta el momento ningún tipo de intervención en relación a los signos que muestra. Actualmente se encuentra cursando 1º de Primaria (Primer Ciclo), aunque muestra serias dificultades en las tareas de aprendizaje.

Materiales

En el presente proyecto se analiza el perfil de funcionamiento a nivel lingüístico de los participantes utilizando las siguientes pruebas:

TCEG. Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales (Mendoza et al, 2005):

El *Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales (TCEG)* es una escala de utilidad clínica para la evaluación de la comprensión gramatical de niños de entre 4 años y 11 años de edad. Brevemente descrita, la prueba consiste en elegir entre cuatro dibujos diferentes en que se corresponde con la frase dictada por el examinador. Se basa en el paradigma de elección múltiple. De los cuatro estímulos que se presentan solo uno es objetivo, los demás actúan como distractores. Estos distractores pueden actuar a nivel léxico o a nivel gramatical. La aplicación es individual y el tiempo estimado de duración es entre 15 y 20 minutos, en función de la edad. Sin embargo, en nuestro estudio el tiempo medio empleado debido a las dificultades de los participantes ha sido 30 minutos. Consta de 80 elementos ordenados en veinte bloques de cuatro elementos cada uno. Cada bloque evalúa una estructura gramatical determinada.

Este test permite obtener dos puntuaciones diferentes: puntuación global y puntuación correspondiente a cada bloque. La puntuación global hace referencia al número de elementos superados (puntuación mínima de 0 y máxima de 80). Por su lado la puntuación correspondiente a cada bloque (0 ó 1 por cada bloque) permite determinar las áreas específicas de dificultad e interpretar ciertos fallos repetidos en un sujeto determinado. Además de esto también es posible valorar de modo cualitativo al sujeto en función del análisis de los errores. Teóricamente todos los fallos deben ser de tipo gramatical, pero en función de la edad del niño es posible que aparezcan errores de tipo léxico. Al aplicarlo a niños de 6 años o menores hay que pasar previamente la parte correspondiente a ensayos donde se evalúa si el niño conoce los elementos léxicos que posteriormente aparecerán en la prueba.

Batería para la Predicción de la Dislexia elaborada por el Grupo Leeduca:

Esta batería se compone de un conjunto de tareas destinadas a evaluar los diferentes aspectos del lenguaje. Su aplicación es a través de una plataforma online con acceso a través de clave, por lo tanto, los materiales necesarios para su aplicación son un ordenador y el correspondiente acceso a internet. Del mismo modo la corrección de las tareas se realiza de modo informático. La aplicación de las tareas dura aproximadamente unos 20-25 minutos por participante puesto que a cada grupo de edad se le aplican un grupo de tareas específico en un momento determinado del curso, no toda la batería es aplicada en cada una de las evaluaciones que es llevada a cabo a lo largo de los tres trimestres. En la descripción de la misma agrupamos las tareas bajo el aspecto que evalúan con el fin de esclarecer la información.

I. Evaluación de Conciencia Fonológica:

Tarea de contar sílabas. Se pide al participante que cuente las sílabas que componen las palabras. Se presentan dos ítems de práctica y veinte de prueba: caballo, tren, gato, cocodrilo, flan, elefante, avestruz, árbol, barco, calcetín, pez, dragón, bicicleta, plátano, escalera, pan, mariposa, bufanda, ratón, sol. La prueba termina a los tres minutos. Durante la ejecución del sujeto se anota la respuesta dada por el mismo. Se puntúa a través de la medida de eficiencia.

Tarea contar fonemas. Se pide al participante que cuente los fonemas que componen las palabras. Se presentan tres ítems de práctica: uno, mano, flor; y diez de prueba: ala, gel, luna, árbol, flan, isla, dedal, sol, globo, once. La prueba termina a los tres minutos. Durante la ejecución del sujeto se anota la respuesta dada por el mismo. Se contabiliza en número de aciertos.

Tarea identificación de fonema inicial. Esta prueba consta de veinticuatro ítems que incluyen palabras de dos a cuatro sílabas. El participante tiene que identificar el primer fonema del nombre de un objeto que aparece en pantalla y que es nombrado por el experimentador. Se considera correcta la respuesta tanto si el participante dice el fonema como la letra inicial. Puntuación máxima veinticuatro puntos, se puntúa el número total de aciertos.

Ejemplo:

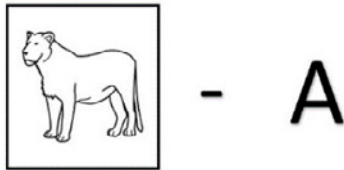


identifica no_identifica

Tarea identificación de fonema final. Esta prueba consta de veinticuatro ítems que incluyen palabras de dos a cuatro sílabas. El participante tiene que identificar el último fonema del nombre de un objeto que aparece en pantalla y que es nombrado por el experimentador. Se considera correcta la respuesta tanto si el participante dice el fonema como la letra inicial. Puntuación máxima veinticuatro puntos.

Tarea supresión fonema final. Esta tarea consta de diez ítems. Se presenta una imagen y se pide al participante que diga qué palabra queda si al nombre se le quita el último fonema o sonido. En todos los ítems la supresión del fonema da como resultado una palabra. El primer ítem es de entrenamiento y se le puede dar ayuda, los nueve restantes son de prueba. Puntuación máxima nueve puntos.

Ejemplo:



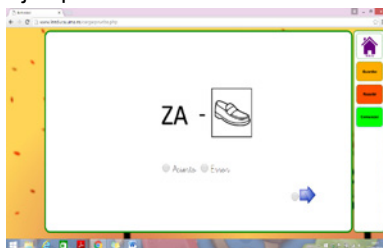
Tarea segmentar fonemas. Se pide al participante que señale el número de fonemas que tienen las palabras. Se presentan doce ítems de tres a cinco fonemas de estructura silábica CV, CVC, CCV y VC. Se contabiliza el número de aciertos.

Ejemplo:



Tarea supresión sílaba inicial. El participante tiene que repetir una palabra nombrada por el experimentador y decir qué palabra queda si se le quita la primera sílaba. En todos los ítems, la supresión de la sílaba da como resultado una palabra. Tras realizar correctamente el ítem de ejemplo, se continúa hasta completar los once ítems de los que consta la prueba. Puntuación máxima diez puntos. Se puntúa a través de la medida de eficiencia.

Ejemplo:



Tarea supresión sílaba "JA" en todas las posiciones. Todos los ítems de esta prueba contienen la sílaba "JA", pero en diferentes posiciones. El participante tiene que decir el nombre del dibujo que aparece en pantalla y decir qué queda si se suprime la sílaba "JA". Tras realizar correctamente los ítems de ejemplo (oreja, jabones, mojado), se continúa hasta completar los nueve ítems de los que consta la prueba: oveja, jabalí, pijama, pájaro, jarabe, tejado, jamones, aguja, naranja. Puntuación máxima nueve puntos, se contabiliza el número de aciertos.

Tarea síntesis fonémica. El participante tiene que decir cuál es sílaba resultante de juntar varios sonidos. Si realiza correctamente el primer grupo de sonidos, se sigue con los diez ítems de prueba. Puntuación total diez puntos, se tiene en cuenta en número total de aciertos.

Tarea emparejamiento por sílabas iniciales. En esta tarea se pide al participante que indique cuál de los tres dibujos presentados en la parte inferior de la pantalla tiene la misma sílaba inicial que el dibujo situado en la parte superior. La tarea consta de un ítem de entrenamiento y cinco de prueba de una a cuatro sílabas. Puntuación máxima cinco puntos, se puntúa el número de aciertos.

II. Percepción auditiva:

Tarea de Identificación. Al participante se le pide que identifique si el sonido que se presenta por los auriculares es “ba” o “pa”. Se valora el número de respuestas acertadas.

Tarea de Discriminación. Al participante se le pide que señale si los sonidos que se presentan por los auriculares son iguales (“ba” o “ba” o “pa” o “pa”) o diferentes (“ba” - “pa” o “pa” o “ba”). Se contabiliza el número de respuestas acertadas.

III. Evaluación de la Memoria Verbal:

Tarea Memoria Verbal. La tarea consiste en repetir secuencias de una, dos, tres, cuatro, y cinco sílabas CV pronunciadas por el experimentador. Ninguna de las secuencias silábicas constituye una palabra. La respuesta se puntúa como *acierto*, si la secuencia se repite correctamente; *desorden*, si recuerda todas las sílabas, pero altera el orden; o *error*, si falla en alguna de las sílabas. La puntuación es la suma de todos los aciertos multiplicados por el número de sílabas de cada ítem. Puntuación máxima cuarenta y cinco puntos, se puntúa el número de aciertos.

IV. Evaluación Nombrado Rápido (RAN):

Tareas de Nombrado Rápido o Rapid Automatic Naming (RAN). En estas tareas se pide al participante que nombre los ítems que aparecen en la pantalla tan rápidamente como pueda. En la condición continua se presenta una lámina con una plantilla de 5x5 (veinticinco ítems) siguiendo un diseño de cuadrado latino. En la condición discreta los ítems se pasan uno a uno en una secuencia al azar. Todos los ítems corresponden a palabras de tres sílabas de alta frecuencia. Se crearon tres condiciones. La condición control incluye cinco ítems no relacionados (Gallina, tijeras, corazón, chupete, pelota). La condición fonema incluye cinco ítems que comienzan con el mismo fonema (ballena, veleta, violín, botella, bufanda). En la condición sílaba, los cinco ítems comienzan con la misma sílaba (camión, camisa, caracol, cámara, caballo). Se mide el tiempo en segundos que tarda en completar la prueba.

V. Evaluación Lenguaje Oral:

Tarea comprensión oral 1: En esta tarea el participante escucha una pequeña historia narrada por el experimentador. A continuación, responderá a once preguntas que requieren utilizar el conocimiento previo y realizar alguna inferencia sobre la información proporcionada en la historia. Se valora el número de respuestas acertadas.

Tarea comprensión oral 2: En esta tarea el participante escucha una pequeña historia narrada por el experimentador en la que se introducen dos términos nuevos. Después responderá a once preguntas que requieren utilizar el conocimiento previo y realizar alguna inferencia sobre la información proporcionada en la historia. Se valora el número de respuestas acertadas.

Tarea de ordenar frases: Al participante se le pide que ordene las secuencias de palabras que le dice el experimentador de modo que compongan una frase correcta. Se presentan cinco ítems. Se valora el número de respuestas acertadas.

Tarea de morfología: Se trata de un conjunto de pruebas que valoran si el participante utiliza adecuadamente los morfemas de género, número y de tiempo.

- **Tarea de morfología de número (comprensión).** El experimentador dice una forma verbal y pregunta quién realiza la acción ¿una o varias personas? Se puntúa la medida de eficiencia.

- **Tarea de morfología de número (producción).** Se presenta una imagen y se le estimula para que haga una pequeña frase describiendo la acción que se realiza utilizando la primera, segunda o tercera persona en presente, pasado o futuro. Se practica con el primer ítem. Si responde correctamente, se realizan los cinco ítems de la prueba. Se puntúa la medida de eficiencia.
- **Tarea de morfología de tiempo (palabras).** Se presenta una imagen y se le estimula para que haga una pequeña frase describiendo la acción que se realiza utilizando la primera, segunda o tercera persona en presente, pasado o futuro. Se practica con el primer ítem. Si responde correctamente, se realizan los 5 ítems de la prueba. Se puntúa la medida de eficiencia.
- **Tarea de morfología de tiempo (pseudopalabras).** El experimentador dice una frase y pide al participante que la complete. Para ello tiene que conjugar el verbo en plural o singular. Se presenta tres ítems de práctica y seis de prueba. Ejemplo: El marciano TOLE y los marcianos...(TOLEN). Se puntúan los aciertos.
- **Morfología de género (palabras).** El experimentador dice una frase y pide al participante que la complete. Para ello tiene que utilizar una palabra en masculino o femenino. Se presenta un ítem de práctica y cinco de prueba. Se puntúan los aciertos.
- **Morfología de género (pseudopalabras).** El experimentador dice una frase y pide al participante que la complete. Para ello tiene que utilizar una pseudopalabra en masculino o femenino. Se presenta dos ítems de práctica y cinco de prueba. Ejemplo: La marciana es mi AMILA y el marciano es ... (mi AMILO). Se puntúan los aciertos.

Vocabulario. Para evaluar el vocabulario se pide al participante que señale la imagen que corresponde a la palabra nombrada por el experimentador. La imagen correcta se presenta junto con tres distractores. La prueba tiene veintiséis ítems y termina a los ciento veinte segundos. Se puntúa en función de la medida de eficiencia.

Ejemplo: Cama



VI. Evaluación Lectura:

Tarea de lectura de letras. Se pide al participante que lea las letras que aparecen en la pantalla. La prueba incluye todas las letras del español, excepto la ñ, presentadas en orden aleatorio. Consta de un total de cincuenta y dos ítems. Se mide número de aciertos y el tiempo que tarda en leer, calculando la eficiencia.

Tarea de identificar letra inicial. En la pantalla aparece un dibujo en la parte superior de cuatro letras. El participante tiene que señalar la letra por la que comienza el nombre de los dibujos. Hay tres ítems de práctica y veinte de prueba. Puntuación máxima veinte. Se valora la eficiencia.

Ejemplo:



● V ● N ● A ● O

Tarea de lectura de sílabas CV. Se pide al participante que lea tan rápido como pueda, pero sin equivocarse, todas las sílabas que pueda. La prueba tiene treinta ítems. La tarea termina a los sesenta segundos. Se mide número de aciertos y el tiempo que tarda en leer. La puntuación se obtiene a través de la eficiencia.

Tarea de lectura de palabras monosílabas. Se pide al participante que lea tan rápido como pueda, pero sin equivocarse, todas las palabras que pueda. La prueba tiene doce ítems. Se mide número de aciertos y el tiempo que tarda en leer.

Tarea de lectura de pseudopalabras monosílabas. Se pide al participante que lea tan rápido como pueda las palabras inventadas que se presentan en la pantalla, pero tratando de no equivocarse. La prueba tiene doce ítems. Se mide número de aciertos y el tiempo que tarda en leer. La puntuación se obtiene a través de la eficiencia.

Tarea de lectura de palabras bisílabas. Se pide al participante que lea tan rápido como pueda, pero sin equivocarse, todas las palabras que pueda. La prueba tiene veinticuatro ítems. Se mide número de aciertos y el tiempo que tarda en leer. Nos basamos en el cálculo de la eficiencia para obtener la puntuación.

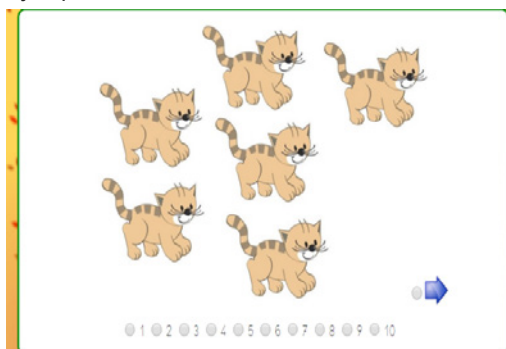
Tarea de lectura de pseudopalabras bisílabas. Se pide al participante que lea tan rápido como pueda las palabras inventadas que se presentan en la pantalla, pero tratando de no equivocarse a. La prueba tiene 24 ítems. Se mide número de aciertos y el tiempo que tarda en leer. Se puntúa la eficiencia.

Tarea de velocidad lectura textos. El participante tiene que leer un pequeño texto que va apareciendo en la pantalla a medida que se va leyendo. El examinador contabiliza los fallos que comete en la lectura del texto. La tarea termina transcurridos treinta segundos. Se valora número de aciertos y se calcula una medida de eficiencia lectora.

VII. Evaluación de Procesamiento Numérico

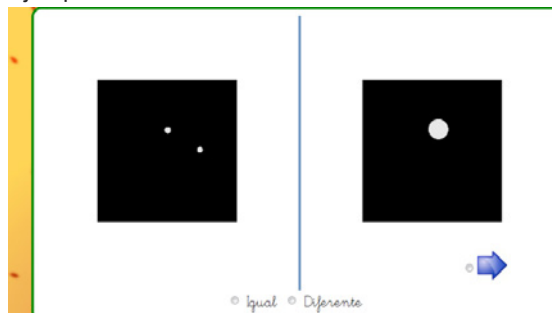
Tarea de conteo. En esta tarea se pide al sujeto que cuente el número ítems que aparecen en la pantalla. Se contabiliza número de aciertos. Puntuación máxima diez.

Ejemplos:



Tarea de subitizing (tanteo). Esta tarea consta de un ítem de ejemplo y diecisiete ítems de prueba formados por dos grupos de imágenes cada uno. En la pantalla aparecen dos imágenes con puntos de diferente tamaño y el participante, sin contar, tendrá que decidir si las imágenes contienen el mismo número de puntos o no. Puntuación máxima diecisiete puntos, se puntúa el número de aciertos total.

Ejemplos:



Tarea de arábigos. El participante tiene que decir el nombre de los números de cero al diez que aparecen en la pantalla. Puntuación máxima diez puntos.

Tarea de comparar números. En esta tarea aparecen dos números en la pantalla y el participante tiene que decir cuál de ellos es el más grande. Se presenta un ítem de entrenamiento, si responde correctamente, se presentan los veintiocho ítems de prueba. Puntuación máxima veintiocho puntos.

Tarea de suma. Se pide al participante que realice sumas de dos dígitos durante treinta segundos. Se contabiliza el número de aciertos. Se calcula una medida de eficiencia.

VIII. Tarea de Percepción Visual

Mediante estas pruebas se trata de valorar el número de elementos visuales que se pueden procesar al mismo tiempo en una presentación visual que incluye diversos elementos.

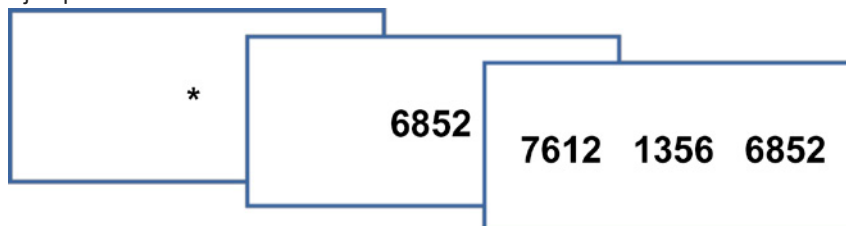
Tarea de búsqueda visual: Este paradigma pretende evaluar la habilidad atencional y de seguimiento visual que es clave en la lectura (Lallier, Donnadieu y Valdois, 2013). Los participantes tienen que identificar lo más rápido que puedan un estímulo que se presenta de forma simultánea con otros estímulos distractores. En la condición de búsqueda "paralela", el objetivo posee sólo un rasgo que lo diferencia de los distractores (p.e. "Q" entre un conjunto de "Os"). En la condición de búsqueda serial, para identificar el objetivo hay que valorar dos características (p.e. "O" entre un conjunto de "Qs"). En las presentaciones varía el número de elementos distractores y la posición del objetivo. Se evalúa el tiempo de identificación y número de aciertos, generando una medida de eficiencia.

Tarea de span visual. Se trata de evaluar cuántos estímulos visuales se pueden retener en una rápida presentación. En esta prueba se presenta primero un punto de fijación durante cincuenta ms. A continuación, aparece en la pantalla una secuencia de estímulos. Finalmente, aparecen tres secuencias y el participante tiene que señalar cuál de ellas corresponde a la secuencia presentada inicialmente. Se realizan tres ensayos de práctica. Si el participante ha comprendido la tarea se realizan los dieciséis ítems de la prueba. Se valora el número de aciertos.

Se construyeron tres condiciones estimulatorias: números, letras y símbolos.

El número de estímulos puede ser dos, tres y cuatro. Los participantes de 5 años realizaron sólo las condiciones de 2 o 3 estímulos. Los niños de 6 años respondieron a las condiciones de 3 y 4 estímulos.

Ejemplos:



Procedimiento

Las evaluaciones han sido realizadas, individualmente, en habitaciones tranquilas y adecuadas desde un punto de vista de su iluminación y de la ausencia de ruidos distractores de importancia dentro de las limitaciones que impone una recogida de datos en el propio centro escolar. Previamente se solicitó permiso para llevar a cabo la investigación tanto al director del centro como al equipo de orientación.

La aplicación de la *Batería para la Predicción de la Dislexia elaborada por el Grupo Leeduca* se llevó a cabo durante los meses de noviembre de 2016 y febrero de 2017. El tiempo empleado con cada individuo para la aplicación de la batería fue de aproximadamente 25 minutos. El *Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales (CEG)*, fue aplicado en el mes de abril de 2017. El tiempo empleado para su aplicación fueron unos 30 minutos. Ambas recogidas de información se realizaron durante una jornada escolar.

Resultados

El proceso de obtención de los percentiles respecto a la Batería Leeduca se ha establecido en función de la edad del participante y la muestra global de referencia, la cual engloba a otros colegios de la provincia de Málaga participantes en el estudio llevado a cabo por el Grupo Leeduca. Si bien es importante señalar que para el grupo de referencia "5 años" aún no se encuentran disponibles los baremos necesarios para evaluar correctamente determinadas pruebas. En las tareas que ha ocurrido así hemos indicado "no disponible" para la información respecto al percentil. Para dichas tareas ofrecemos la puntuación media obtenida por el grupo de referencia, para esos casos los participantes de la misma edad y del mismo colegio. En concreto se trata de las tareas de morfosintaxis, comparar números, percepción visual (condición número) y búsqueda serial, todas ellas para el participante 1. Además, hay que tener en cuenta que cada alumno ha realizado un conjunto de tareas diferentes dentro de la evaluación, y no todas las áreas han sido evaluadas en cada uno de ellos pues esto depende de ciertos criterios seleccionados por el Grupo Leeduca en función del grupo de edad. Para el sujeto de 5 años las tareas de Lectura no han sido aplicadas debido a que no existía suficiente madurez lectora. Por otro lado, las tareas de Percepción Auditiva han sido aplicadas a ambos niños, pero los datos no se presentan por no encontrarse disponibles los datos de baremación para ninguno de ellos.

Respecto al otro cuestionario empleado en el presente proyecto, el TCEG, este presenta tablas que permiten obtener en función de la edad puntuaciones globales y puntuaciones de bloque. Así también, permite observar las curvas de desarrollo normal para cada bloque en función de la edad. A este respecto hemos elaborado un gráfico para cada niño en el que se comparan las puntuaciones obtenidas por el participante en cada uno de los bloques en relación a la obtenida por su grupo de edad en el percentil 50 para dichos bloques.

A continuación, presentamos en las siguientes tablas y gráficos los resultados de las tareas realizadas durante la evaluación.

RESULTADOS BATERIA LEEDUCA

I. PARTICIPANTE 1.

Tabla 1
Resultados obtenidos en las tareas de Conciencia Fonológica

Tarea	Puntuación	Percentil Muestra Global
T. Contar sílabas	8.6	75
T. Emparejamiento por sílabas iniciales	6	80
T. Supresión fonema en posición inicial	9	77
T. Supresión fonema posición final	7.3	40
T. Identificación fonema inicial	8.3	75

Tabla 2
Resultados obtenidos en las tareas de Memoria Verbal

Tarea	Puntuación	Percentil Muestra Global
T. de Memoria Verbal	10	55

Tabla 3
Resultados obtenidos en las tareas de Nombrado Rápido (RAN)

Tarea	Puntuación noviembre 2016	Puntuación febrero 2017	Percentil Muestra Global
Condición control	38.46	40.48	55
Condición sílaba	46.76	40.39	25
Condición fonema	59.82	39.09	10

Tabla 4
Resultados obtenidos en las tareas de Lenguaje Oral

Tarea	Puntuación	Percentil Muestra Global
T. Morfología de género	6.3	47
T. Morfología de número	2.07	10
T. Comprensión oral	3	5
T. Morfosintaxis	4	No disponible*
T. Vocabulario	2.4	15

*T. Morfosintaxis: Media grupo = 3.32

Tabla 5
Resultados obtenidos en las tareas de Procesamiento Numérico

Tarea	Puntuación	Percentil Muestra Global
T. de Conteo	11	75
T. de Subitizing	17	80
T. de Comparar n°	16	No disponible

*T. Comparar n°s: Media grupo = 15.58

Tabla 6
Resultados obtenidos en las tareas de Percepción Visual

Tarea	Puntuación	Percentil Muestra Global
T. Atención Visual:		
Condición Letras 1	3	70
Condición Símbolo 1	4	50
Condición Numero 1	6.52	No disponible*
T. Búsqueda Serial	11.69	No disponible*

* Condición Número: Media grupo =5.88

*T. Búsqueda Serial: Media grupo =13,26

II. PARTICIPANTE 2.

Tabla 7
Resultados obtenidos en las tareas de Conciencia Fonológica

Tarea	Puntuación	Percentil Muestra Global
T. Identificación fonema inicial	21	17
T. Supresión fonema JA en todas las posiciones	5	15

Tabla 8
Resultados obtenidos en las tareas de Memoria Verbal

Tarea	Puntuación	Percentil Muestra Global
T. de Memoria Verbal	5	3

Tabla 9
Resultados obtenidos en las tareas de Nombrado Rápido (RAN)

Tarea	Puntuación	Percentil Muestra Global
Condición control	4.5	73
Condición sílaba	3.0	45
Condición fonema	2.36	30

Tabla 10
Resultados obtenidos en las tareas de Lenguaje Oral

Tarea	Puntuación	Percentil Muestra Global
T. Morfología de género	5	5
T. Morfología de tiempo	0	10
T. Comprensión oral	5	5
T. Vocabulario	3.15	20

Tabla 11
Resultados obtenidos en las tareas de Lectura

Tarea	Puntuación	Percentil Muestra Global
T. de Lectura de sílabas	7.4	10
T. Leer letras	25.33	30
Lectura de monosílabas palabras	36.82	40
Lectura de monosílabas pseudopalabras	14.15	12
Lectura bisílabas palabras	22.52	25
Lectura bisílabas pseudopalabras	14.42	18
T. Velocidad de lectura de textos	3.34	7

Tabla 12
Resultados obtenidos en las tareas de Procesamiento Numérico

Tarea	Puntuación	Percentil Muestra Global
T. de Suma	13.12	20
T. de Comparar nº	25	80

Tabla 13
Resultados obtenidos en las tareas de Percepción Visual

Tarea	Puntuación	Percentil Muestra Global
T. Atención Visual:		
Condición Letras 1	4	80
Condición Símbolo 1	2	50
Condición Numero 1	8	60
T. Búsqueda Serial	17.08	80

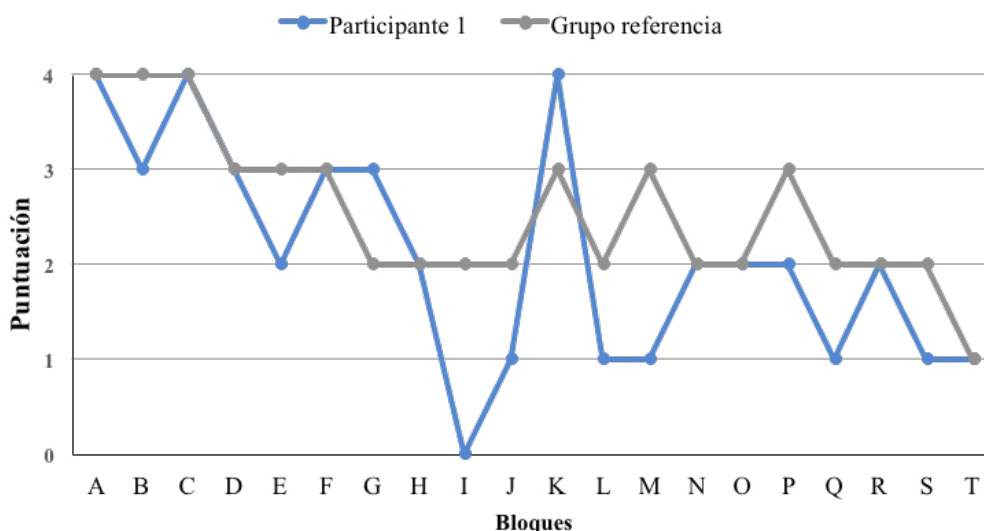
RESULTADOS TCEG

En el anexo 1 se pueden ver las hojas de respuesta para cada niño, así como la plantilla de corrección con la correspondiente puntuación para cada participante.

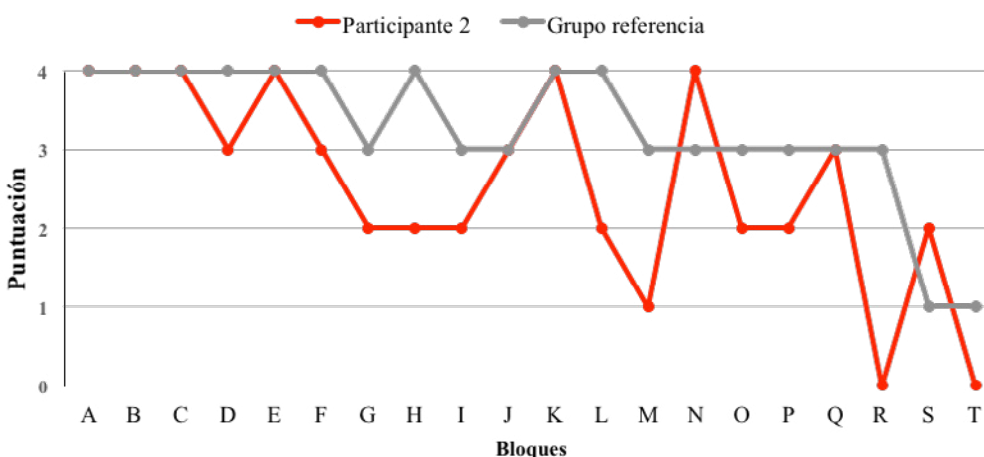
Tabla 14
Resultados TCEG participante 1 y 2

	Edad cronológica	P.D. global	P.C. global	P.D. bloques	P.C. bloques	Observaciones
Participante 1	5 años	42	2	3	10	<u>Puntos débiles:</u> coordinadas adversativas, relativas de tipo SO, comparativas absolutas, OVS con objeto focalizado, con objeto pronominalizado, OVS con objeto escindido, relativas de tipo OS.
Participante 2	6 años	51	15	6	20	<u>Puntos débiles:</u> oraciones OVS en general (pasivas, objeto escindido, objeto focalizado).

Gráfica 1
Resultados TCEG participante 1 en comparación con su grupo de referencia



Gráfica 2
Resultados TCEG participante 2 en comparación con su grupo de referencia



Discusión y conclusiones

Discusión de los resultados

Tras presentar los resultados aportados por los instrumentos aplicados a ambos sujetos las conclusiones que se extraen de los mismos las exponemos en este apartado.

El participante 1, niño de 5 años de edad, presentaba rasgos característicos del Trastorno del Espectro Autista (TEA) a criterio del equipo de evaluación del colegio donde se encuentra. Los resultados que apoyen esta hipótesis serán aquellos que señalen un retraso global en el lenguaje haciendo hincapié en la dificultad en la comprensión, falta de vocabulario, conjunto limitado de estructuras sintácticas y morfosintaxis alterada. A través de la Batería Leeduca podemos observar que presenta un adecuado desempeño en las tareas destinadas a evaluar Conciencia Fonológica, estando por encima de la media en todas ellas. Esto es positivo de cara a descartar posibles dificultades de aprendizaje pues la conciencia fonológica ha sido identificada como uno de los mejores predictores del desarrollo lectoescriptor durante los primeros años de enseñanza (Kirby, Parrila y Pfeiffer, 2003; Parrila, Kirby, y McQuarrie, 2004; Schatschneider, Fletcher, Francis, Carlson y Foorman, 2004). Del mismo modo respecto a las tareas de Memoria Verbal a Corto Plazo, uno de los fundamentos teóricos en los que se basa la batería, los resultados se encuentran por encima de la media de su grupo. En las pruebas de Nombrado Rápido (RAN) hemos incluido las puntuaciones obtenidas en noviembre 2016 y febrero 2017

para mostrar la favorable evolución de una a otra pues se observa una mejoría en el tiempo de ejecución, aun así, el resultado en estas tareas no es del todo positivo pues se sitúa en los percentiles 10 y 25 para estas tareas. Una posible explicación es la influencia de la velocidad de articulación en este tipo de tareas, ya que el sujeto tiene leves problemas a la hora de articular que le afectan a la rapidez de la misma. De las tres condiciones presentadas es en la condición fonema donde se dan las puntuaciones más bajas, esto indica que el acceso al léxico le será más lento y menos preciso cuando las palabras empiecen por el mismo fonema. Las tareas que evalúan Procesamiento Numérico y Percepción Visual puntúan alto, lo cual muestra un adecuado desempeño en ellas. Por último, es en Lengua Oral donde, como apuntaba nuestra hipótesis, se encuentran las peores puntuaciones. Las tareas de Lectura no se le han aplicado al grupo de edad de 5 años, debido a la falta de madurez lectora.

Respecto a los resultados de la evaluación de las habilidades de comprensión de construcciones gramaticales a través del TCEG, los datos mostrados en la tabla 14 señalan unas puntuaciones extremadamente bajas. Estos datos apoyan los mostrados en las tareas de Lenguaje Oral llevado a cabo en la Batería Leeduca. En la gráfica 1 hemos realizado una comparación en función de la puntuación media obtenida con el grupo de referencia (5 años) en los diferentes bloques y con la puntuación obtenida por el sujeto. A través de un análisis más cualitativo de la información recogida a través de este cuestionario podemos confirmar que el participante 1 presentar mayores dificultades de comprensión en aquellas oraciones que presentan mayor número de palabras (bloques I y P), la longitud de la oración puede estar en la base de la dificultad de comprensión en dichos bloques presentando así déficits en el establecimiento de estructuras. De otro lado encontramos dificultades en aquellos bloques que requieren el mapeo de roles temáticos: tales como agente y paciente, oraciones pasivas o uso de pronombres clíticos. Para estos bloques (E, J, L, Q) es necesario conocer la función de cada tipo de palabra en la oración y como se relaciona está con las demás. Por último, los bloques M y S en los cuales el orden de las palabras no es canónico, también representan una gran complejidad de cara a la comprensión de las oraciones para el participante. Hay que tener en cuenta que, para los niños con trastorno del espectro autista, con un patrón de comportamiento y pensamiento rígido e inflexible, es especialmente costoso el acceso a la comprensión de este tipo de enunciados pues estas oraciones no siguen los patrones comunes: sujeto + verbo + predicado.

Con estos datos podemos confirmar que en el participante 1 existen dificultades del aprendizaje relacionadas con la lecto-escritura a nivel del lenguaje oral. Esto concuerda con los déficits presentados en el grupo de sujetos con Trastornos del Espectro Autista, sospecha que presentan los tutores del sujeto respecto al mismo.

En cuanto al participante 2, en este caso niña de 6 años de edad, se solicitó el análisis de la misma por sospechar dificultades del aprendizaje en la alumna y además presentar rasgos congruentes con sujetos con TDAH. Como comentamos al comienzo del trabajo, los resultados a esperar en el grupo de niños con TDAH son: fallo en las funciones ejecutivas, poca comprensión oral, falta de conciencia fonológica, escaso conocimiento de la sintaxis y morfología, así como pobre memoria auditiva. Todo esto, unido a los signos y síntomas característicos como son falta de atención, impulsividad e hiperactividad.

Las puntuaciones obtenidas a través de las diferentes tareas en la Batería Leeduca muestran bajas puntuaciones en la evaluación de Conciencia Fonológica, dificultades en el desarrollo de la misma durante los primeros años de la etapa escolar serán un predictor de problemas en lecto-escritura (Kirby, Parrila y Pfeiffer, 2003; Parrila, Kirby, y McQuarrie, 2004; Schatschneider, Fletcher, Francis, Carlson y Foorman, 2004). También son bajas las puntuaciones encontradas en Memoria Verbal a Corto Plazo, este déficit en el almacenamiento de información le produce problemas en el aprendizaje de la lectura. Las tareas que evalúan el tercer fundamento teórico de dicha batería, las tareas de Nombramiento Rápido (RAN), en general se muestran en un percentil medio. Es en la condición fonema donde presenta puntuaciones más bajas, al igual que el participante 1. En todas las tareas que evalúan Lenguaje Oral encontramos muy bajas puntuaciones situándose en percentiles entre el 5-20 de la muestra global de referencia. Las tareas que evaluaron Lectura puntúan de modo bajo, en percentiles que se sitúan entre el 10 y el 30 en la muestra global. La lectura de este sujeto es escasa y poco fluida, aunque cabe señalar que desde la evaluación de noviembre a febrero se ha encontrado una mejora en la misma. En el mismo bloque de tareas, en la tarea de velocidad de lectura de textos, era de esperar una buena puntuación debido a su impulsividad, la cual efectivamente la llevo a realizar una rápida lectura del texto. Sin embargo, en esta de tarea era la eficiencia lo que se valoraba de cara a la puntuación y no únicamente el tiempo de ejecución, es decir, una correcta lectura durante la tarea también era importante de cara a la puntuación final. Las tareas de Procesamiento Numérico como las de Percepción Visual se encuentran en la media. Cabe destacar que en estas últimas consigue mantener la atención y concentración durante el período de tiempo que dura la tarea, esto sumado a su gran rapidez hace que consiga unos buenos resultados.

En cuanto a los resultados obtenidos en el TCEG observamos en la tabla 14 puntuaciones percentiles muy bajas tanto en la parte global como en bloques. Esto apoya los resultados mostrados por las tareas de comprensión oral llevada a cabo para evaluar el Lenguaje Oral en la Batería Leeduca. Conviene resaltar que se observa un aumento de los errores progresivamente conforme avanza la presentación de los bloques. A falta de dos bloques para finalizar es necesario realizar una pausa para descansar pues se encuentra desconcentrada y desmotivada. En la gráfica 2 podemos observar las puntuaciones del niño obtenidas en cada bloque en comparación con las obtenidas por su grupo de referencia en función de la edad (6 años). Encontramos que en aquellos bloques (G, I, P, S, T) cuyas oraciones se encontraban compuestas por un mayor número de palabras, entre 8 o 10, el sujeto presenta menor puntuación. Una posible explicación es el déficit de atención existente en el alumno, el cual le dificulta retener el enunciado completo cuando este es más extenso. Las oraciones más complejas, aquellas que requieren mayor capacidad de concentración y atención pues se debe emplear el mapeo de roles temáticos o recaer en que el orden de las palabras no es canónico, son el otro gran grupo de oraciones afectadas en este participante. Estas oraciones se encuentran agrupadas en los bloques H, L, M, O, R, S y T. Cabe señalar respecto al uso de pronombres clínicos que el participante 2 supera con éxito tres de los cuatro bloques en los cuales aparece dicho pronombre, presentando en este aspecto mejores resultados que el participante 1. El motivo no es otro, sino que los pronombres clínicos son más complejos evolutivamente por tanto es plausible la idea de que el alumno de 6 años los domine mejor que el de 5 años. Además en estos bloques las oraciones son cortas, algo que disminuye el grado de complejidad de la misma contribuyendo a un mejor desempeño en ellas.

Si consideramos los resultados obtenidos para el alumno 2 a través de la Batería Leeduca y el Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales podemos concluir que efectivamente presenta dificultades de aprendizaje en relación con la lecto-escritura, tal y como señalan en el colegio. A diferencia del participante 1 donde principalmente encontrábamos déficits en Lenguaje Oral, en este caso existen además otras áreas afectadas como son la Conciencia Fonológica, la Memoria Verbal a Corto Plazo o la Lectura. Estos déficits concuerdan con la hipótesis inicial respecto a los rasgos típicos del TDAH presentes en este alumno, se combinan una serie de diferentes déficits cognitivos y lingüísticos.

Conclusiones

Recordemos que el presente trabajo tenía un doble objetivo: analizar en profundidad la información aportada por la Batería Leeduca y comprender su utilidad para evaluar niños con dificultades del aprendizaje; y comprobar si añade datos de interés en esa evaluación un test de comprensión de estructuras gramaticales como es el TCEG. Para ellos el modo de proceder que tomamos fue, elegir entre la muestra de sujetos dos de los cuales eran posibles casos con dificultades del aprendizaje. Los resultados del trabajo arrojan las siguientes conclusiones:

- La Batería Leeduca está correctamente estructurada para evaluar las diferentes áreas intervinientes en el desarrollo de diferentes dificultades del aprendizaje. Se desarrollan diferentes tareas para evaluar cada una de estas áreas permitiendo un análisis en profundidad de las mismas y una detección bastante específica de los déficits a trabajar en una futura intervención con el sujeto.
- En segundo lugar, respecto a la prueba TCEG, el análisis de los datos a nivel cualitativo permite profundizar en los déficits existentes en la comprensión gramatical. Esto es especialmente útil de cara a la evaluación de alumnos con dificultades del aprendizaje, como es el caso de los participantes en el presente trabajo. Además, la información proporcionada por el TCEG permite planificar una intervención pues da a conocer con bastante precisión los puntos fuertes y débiles a trabajar con el niño. Si bien es importante resaltar que la aplicación del mismo es recomendable en aquellos casos previamente ya detectados con dificultades. No es práctico aplicarlo en todos los sujetos que participan en el estudio llevado a cabo por el Grupo Leeduca por las desventajas que conlleva respecto a tiempo empleado para su aplicación, material necesario, así como el cansancio que genera en los niños.

Tras recoger las aportaciones más importantes en estas líneas, solo queda añadir la importante labor llevada a cabo por el Grupo Leeduca, grupo de investigación de la Universidad de Málaga. Es necesario continuar aunando esfuerzos de cara a mejorar las estrategias de prevención e intervención temprana para así disminuir las dificultades de aprendizaje.

Limitaciones del estudio

En el análisis y conclusión final de nuestro proyecto no podemos dejar de incluir este apartado a modo de revisión para futuras mejoras tanto en la evaluación como planteamiento de determinadas tareas llevadas a cabo durante el proyecto.

Respecto a los sujetos evaluados, nos encontramos ante la sospecha por parte del equipo educativo de que sufren trastornos como TEA y TDAH. Esto es una importante limitación, pues la opinión del equipo educativo no es un criterio válido de cara a identificar sujetos con estas características. Sería necesario la evaluación por parte del psicólogo del centro y la correspondiente derivación, en el caso de que fuese necesario, a los servicios pertinentes.

Por otro lado, respecto al material utilizado, la Batería Leeduca muestra algunas limitaciones importantes a corregir para una mejor interpretación y análisis de los resultados. Se trata del problema que encontramos respecto a la baremación de ciertas pruebas, ya que no están disponibles para todas ellas los percentiles de la muestra global, teniendo que analizar los resultados únicamente respecto a la media y desviación típica. Además, otra limitación importante en este sentido ha sido el hecho de que para las tareas de Percepción Auditiva evaluadas en febrero 2017 los datos de baremación no estaban disponibles por tanto no hemos podido conocer el desempeño de los sujetos en esta área. Por último, señalar a modo de sugerencia que sería enriquecedor establecer la repetición de todas las tareas a través de las diferentes evaluaciones (noviembre 2016 y febrero 2017). De este modo se puede ver claramente la evolución del niño a lo largo del curso.

Referencias bibliográficas

- Ackerman, P. T., & Dykman, R. A. (1993). Phonological processes, confrontational naming, and immediate memory in dyslexia. *Journal of Learning Disabilities, 26*(9), 597-609.
- Bowers, P. G. (1995). Tracing symbol naming speed's unique contributions to reading disabilities over time. *Reading and Writing, 7*(2), 189-216.
- Bowers, P. G., & Swanson, L. B. (1991). Naming speed deficits in reading disability: Multiple measures of a singular process. *Journal of experimental child psychology, 51*(2), 195-219.
- Carrillo, M. (1994). Development of phonological awareness and reading acquisition. *Reading and Writing, 6*(3), 279-298.
- de Jong, P. F. (1998). Working memory deficits of reading disabled children. *Journal of experimental child psychology, 70*(2), 75-96.
- Denckla, M. B., & Rudel, R. G. (1976). Rapid 'automatized' naming (RAN): Dyslexia differentiated from other learning disabilities. *Neuropsychologia, 14*(4), 471-479.
- De Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Médica Panamericana.
- Felton, R. H., & Brown, I. S. (1990). Phonological processes as predictors of specific reading skills in children at risk for reading failure. *Reading and Writing, 2*(1), 39-59.
- Giraud, A. L., & Ramus, F. (2013). Neurogenetics and auditory processing in developmental dyslexia. *Current opinion in neurobiology, 23*(1), 37-42.
- Henry, L. A., & Millar, S. (1993). Why does memory span improve with age? A review of the evidence for two current hypotheses. *European Journal of Cognitive Psychology, 5*(3), 241-287.
- Jorm, A. F. (1983). Specific reading retardation and working memory: A review. *British journal of Psychology, 74*(3), 311-342.
- Kaan, E., & Swaab, T. Y. (2002). The brain circuitry of syntactic comprehension. *Trends in cognitive sciences, 6*(8), 350-356.
- Kail, R., & Park, Y. S. (1994). Processing time, articulation time, and memory span. *Journal of experimental child psychology, 57*(2), 281-291.
- Kibby, M. Y., Marks, W., Morgan, S., & Long, C. J. (2004). Specific impairment in developmental reading disabilities a working memory approach. *Journal of learning disabilities, 37*(4), 349-363.
- Kirby, J. R., Parrila, R. K., & Pfeiffer, S. L. (2003). Naming speed and phonological awareness as predictors of reading development. *Journal of Educational Psychology, 95*(3), 453.
- Lallier, M., Donnadieu, S., & Valdois, S. (2013). Developmental dyslexia: exploring how much phonological and visual attention span disorders are linked to simultaneous auditory processing deficits. *Annals of dyslexia, 63*(2), 97-116.
- Liberman, I. Y., Shankweiler, D., Fischer, F. W., & Carter, B. (1974). Explicit syllable and phoneme segmentation in the young child. *Journal of experimental child psychology, 18*(2), 201-212.
- Lundberg, I., & Høien, T. (1989). Phonemic deficits: A core symptom of developmental dyslexia?. *The Irish Journal of Psychology, 10*(4), 579-592.

- Luque, J. L., Giménez, A., Bordoy, S., & Sánchez, A. (2016). De la teoría fonológica a la identificación temprana de las dificultades específicas de aprendizaje de la lectura. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 36(3), 142-149.
- Martinez Perez, T., Majerus, S. y Poncellet, M. (2013). Impaired short-term memory for order in adults with dyslexia. *Research in Developmental Disabilities*, 34(7), 2211-2223.
- McBride-Chang, C., & Manis, F. R. (1996). Structural invariance in the associations of naming speed, phonological awareness, and verbal reasoning in good and poor readers: A test of the double deficit hypothesis. *Reading and Writing*, 8(4), 323-339.
- Mendoza, E., Carballo, G., Muñoz, J., & Fresneda, M. D. (2005). CEG, Test de comprensión de estructuras gramaticales. Madrid: TEA.
- Miller, J. F., & Paul, R. (1995). *The Clinical Assessment of Language Comprehension*. Paul H. Brookes Publishing Co., Post Office Box 10624, Baltimore, MD 21285-0624.
- Parrila, R., Kirby, J. R., & McQuarrie, L. (2004). Articulation rate, naming speed, verbal short-term memory, and phonological awareness: Longitudinal predictors of early reading development?. *Scientific studies of reading*, 8(1), 3-26.
- Peterson, R. L., & Pennington, B. F. (2012). Developmental dyslexia. *The Lancet*, 379(9830), 1997-2007.
- Rebollo, A. A. (1997). Teoría lingüística y evaluación de la competencia gramatical en sujetos con trastornos profundos del desarrollo. *Didáctica. Lengua y Literatura*, 9, 39.
- Rodríguez, J. M. (1988). Aspectos formales del lenguaje en el autismo infantil: II. Sintaxis y morfología. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 8(3), 183-191.
- Scarborough, H. S. (1989). Prediction of reading disability from familial and individual differences. *Journal of Educational Psychology*, 81(1), 101.
- Scarborough, H. S. (1990). Very early language deficits in dyslexic children. *Child development*, 61(6), 1728-1743.
- Scarborough, H. S. (1991a). Early syntactic development of dyslexic children. *Annals of Dyslexia*, 41(1), 207-220.
- Scarborough, H. S. (1991b). Antecedents to reading disability: Preschool language development and literacy experiences of children from dyslexic families. In *Reading Disabilities* (pp. 31-45). Springer Netherlands.
- Scarborough, H. S., Dobrich, W., & Hager, M. (1991). Preschool literacy experience and later reading achievement. *Journal of Learning Disabilities*, 24(8), 508-511.
- Schatschneider, C., Fletcher, J. M., Francis, D. J., Carlson, C. D., & Foorman, B. R. (2004). Kindergarten prediction of reading skills: A longitudinal comparative analysis. *Journal of Educational Psychology*, 96(2), 265.
- Serniclaes, W., Van Heghe, S., Mousty, P., Carré, R., & Sprenger-Charolles, L. (2004). Allophonic mode of speech perception in dyslexia. *Journal of experimental child psychology*, 87(4), 336-361.
- Serra Raventós, M., Serra, E., Solé, R., Bel, A., & Aparici, M. (2000). *La adquisición del lenguaje*. Barcelona: Editorial Ariel, SA.
- Snowling, M. J. (2000). *Dyslexia*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Snowling, M. J., & Hulme, C. (2012). Annual Research Review: The nature and classification of reading disorders—a commentary on proposals for DSM-5. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 593-607.
- Sprenger-Charolles, L., Colé, P., Laceret, P., & Serniclaes, W. (2000). On subtypes of developmental dyslexia: evidence from processing time and accuracy scores. *Canadian Journal of Experimental Psychology/Revue canadienne de psychologie expérimentale*, 54(2), 87.
- Vaquero-Madrid, J., Estévez-Díaz, F., & Pozo-García, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista de neurología*, 41(1), 83-89.
- Wagner, R. K., Torgesen, J. K., Rashotte, C. A., Hecht, S. A., Barker, T. A., Burgess, S. R., Donahue J. & Garon, T. (1997). Changing relations between phonological processing abilities and word-level reading as children develop from beginning to skilled readers: a 5-year longitudinal study. *Developmental psychology*, 33(3), 468.
- Wimmer, H. (1993). Characteristics of developmental dyslexia in a regular writing system. *Applied psycholinguistics*, 14(01), 1-33.
- Wimmer, H. (1996). The nonword reading deficit in developmental dyslexia: Evidence from children learning to read German. *Journal of experimental child psychology*, 61(1), 80-90.
- Wolf, M., & Obregón, M. (1992). Early naming deficits, developmental dyslexia, and a specific deficit hypothesis. *Brain and language*, 42(3), 219-247.

Anexos

Hojas de respuesta y plantilla de corrección TCEG para ambos participantes.

CEG

apellidos: Sieto V Q M O
 nacimiento: 29/09/2011 Fecha aplicación: 03/04/2017 Edad: 5 años 6 meses
 Curso: 5 años

YOS APLICAR A LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS Y A LOS QUE SE SOSPECHE CON DESCONOCIMIENTO DEL LÉXICO.
 (MARQUE CON UN ASIA (X) LOS DIBUJOS SEÑALADOS POR EL NIÑO.)

1	Ensayo	2	Ensayo	3	Ensayo	4	Ensayo	5	Ensayo	6	Ensayo	7
1	Gato	2	Hombre	3	Bebes	4	Bebes	5	Niño gordo	6	Lanz corto	7
2	Gato	8	Niño	9	Esposa	10	Niña morena	11	Niño delgado	12	Piño negro	13
3	Bata	14	Miña	15	Plancha	16	Miña	17	Niño delgado	18	Piño negro	19
4	Cuadrado	20	Niña	21	Rizo	22	Perros	23	Niña morena	24	Lanz largo	25

RODEE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA DADA POR EL NIÑO.

1 El gato come un plátano 1 2 3 4
 2 El niño juega a la pelota 1 2 3 4
 3 La niña ve la televisión 1 2 3 4
 4 El hombre pone la mesa 1 2 3 4
 5 El perro es negro 1 2 3 4
 6 La niña es rubia 1 2 3 4
 7 El lápiz es largo 1 2 3 4
 8 El niño es gordo 1 2 3 4
 9 El niño no come 1 2 3 4
 10 El gato no corre 1 2 3 4
 11 La mujer no lee 1 2 3 4
 12 La niña no ríe 1 2 3 4
 13 La niña se lava las manos 1 2 3 4
 14 La mujer le pone los zapatos 1 2 3 4
 15 El hombre se corta el pelo 1 2 3 4
 16 La niña le pinta la cara 1 2 3 4
 17 El ratón persigue al gato 1 2 3 4
 18 El hombre besa a la mujer 1 2 3 4
 19 La niña empuja al niño 1 2 3 4
 20 La bici persigue al coche 1 2 3 4
 21 Los niños ven la televisión 1 2 3 4
 22 Los perros persiguen a la niña 1 2 3 4
 23 Los niños comen carne 1 2 3 4
 24 Las niñas miran a los niños 1 2 3 4
 25 Ni el gato ni el perro son negros 1 2 3 4
 26 La niña no es ni rubia ni delgada 1 2 3 4
 27 El niño ni la niña tienen gafas 1 2 3 4
 28 La pelota no es ni roja ni pequeña 1 2 3 4
 29 El perro está delante del gato 1 2 3 4
 30 El círculo está encima del cuadrado 1 2 3 4
 31 El niño está detrás de la niña 1 2 3 4
 32 El lápiz está debajo del libro 1 2 3 4
 33 La niña no sólo es rubia, sino también delgada 1 2 3 4
 34 No sólo el niño está jugando, sino también la niña 1 2 3 4

RODEE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA DADA POR EL NIÑO.

37 El perro persigue al gato que es pequeño 1 2 3 4
 38 El lápiz está encima del libro que es rojo 1 2 3 4
 39 La mujer abraza a la niña que es rubia 1 2 3 4
 40 El cuadrado está dentro del círculo que es azul 1 2 3 4
 41 Es el gato el que muere al perro 1 2 3 4
 42 Es el coche el que ha golpeado al camión 1 2 3 4
 43 Es el hombre el que besa a la mujer 1 2 3 4
 44 Es la niña la que pinta al niño 1 2 3 4
 45 El cuadrado es más grande que el círculo 1 2 3 4
 46 El perro es más pequeño que el gato 1 2 3 4
 47 La niña es más alta que el niño 1 2 3 4
 48 El lápiz es más corto que el bolígrafo 1 2 3 4
 49 A la mujer la peina el hombre 1 2 3 4
 50 Al coche lo persigue la bicicleta 1 2 3 4
 51 A la niña la pinta el niño 1 2 3 4
 52 Al hombre lo besa la mujer 1 2 3 4
 53 Las niñas lo miran 1 2 3 4
 54 La mujer lo sube 1 2 3 4
 55 Los perros la persiguen 1 2 3 4
 56 El hombre la lleva 1 2 3 4
 57 El niño que mira a la niña está comiendo 1 2 3 4
 58 El cuadrado que está dentro del círculo es azul 1 2 3 4
 59 El perro que persigue al gato es pequeño 1 2 3 4
 60 El lápiz que está encima del libro es rojo 1 2 3 4
 61 La niña es morena, pero el niño no 1 2 3 4
 62 El perro es pequeño, pero el gato no 1 2 3 4
 63 La niña es delgada, pero no es rubia 1 2 3 4
 64 El cuadrado es grande, pero no es azul 1 2 3 4
 65 La mujer los lleva 1 2 3 4
 66 El niño lo mira 1 2 3 4
 67 El perro los persigue 1 2 3 4
 68 La mujer la baña 1 2 3 4
 69 La niña es empujada por el niño 1 2 3 4
 70 El gato es perseguido por el ratón 1 2 3 4
 71 El niño es abrazado por la mujer 1 2 3 4
 72 La bici es perseguida por el coche 1 2 3 4
 73 Es a la niña a quien besa el niño 1 2 3 4
 74 Es al ratón al que persigue el gato 1 2 3 4
 75 Es al coche al que persigue la bici 1 2 3 4
 76 Es al gato al que muere el perro 1 2 3 4
 77 El círculo dentro del que hay un cuadrado es azul 1 2 3 4
 78 El libro encima del que hay un lápiz es rojo 1 2 3 4
 79 El gato al que el perro persigue es pequeño 1 2 3 4
 80 La niña a la que abraza la mujer es rubia 1 2 3 4

CEG

apellidos: Sieto V Q M O
 nacimiento: 29/09/2011 Fecha aplicación: 03/04/2017 Edad: 5 años 6 meses
 Curso: 5 años

SAYOS APLICAR A LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS Y A LOS QUE SE SOSPECHE CON DESCONOCIMIENTO DEL LÉXICO.
 (MARQUE CON UN ASIA (X) LOS DIBUJOS SEÑALADOS POR EL NIÑO.)

1	Ensayo	2	Ensayo	3	Ensayo	4	Ensayo	5	Ensayo	6	Ensayo	7
1	Gato	2	Hombre	3	Bebes	4	Bebes	5	Niño gordo	6	Lanz corto	7
2	Gato	8	Niño	9	Esposa	10	Niña morena	11	Niño delgado	12	Piño negro	13
3	Bata	14	Miña	15	Plancha	16	Miña	17	Niño delgado	18	Piño negro	19
4	Cuadrado	20	Niña	21	Rizo	22	Perros	23	Niña morena	24	Lanz largo	25

RODEE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA DADA POR EL NIÑO.

1 El gato come un plátano 1 2 3 4
 2 El niño juega a la pelota 1 2 3 4
 3 La niña ve la televisión 1 2 3 4
 4 El hombre pone la mesa 1 2 3 4
 5 El perro es negro 1 2 3 4
 6 La niña es rubia 1 2 3 4
 7 El lápiz es largo 1 2 3 4
 8 El niño es gordo 1 2 3 4
 9 El niño no come 1 2 3 4
 10 El gato no corre 1 2 3 4
 11 La mujer no lee 1 2 3 4
 12 La niña no ríe 1 2 3 4
 13 La niña se lava las manos 1 2 3 4
 14 La mujer le pone los zapatos 1 2 3 4
 15 El hombre se corta el pelo 1 2 3 4
 16 La niña le pinta la cara 1 2 3 4
 17 El ratón persigue al gato 1 2 3 4
 18 El hombre besa a la mujer 1 2 3 4
 19 La niña empuja al niño 1 2 3 4
 20 La bici persigue al coche 1 2 3 4
 21 Los niños ven la televisión 1 2 3 4
 22 Los perros persiguen a la niña 1 2 3 4
 23 Los niños comen carne 1 2 3 4
 24 Las niñas miran a los niños 1 2 3 4
 25 Ni el gato ni el perro son negros 1 2 3 4
 26 La niña no es ni rubia ni delgada 1 2 3 4
 27 El niño ni la niña tienen gafas 1 2 3 4
 28 La pelota no es ni roja ni pequeña 1 2 3 4
 29 El perro está delante del gato 1 2 3 4
 30 El círculo está encima del cuadrado 1 2 3 4
 31 El niño está detrás de la niña 1 2 3 4
 32 El lápiz está debajo del libro 1 2 3 4
 33 La niña no sólo es rubia, sino también delgada 1 2 3 4
 34 No sólo el niño está jugando, sino también la niña 1 2 3 4

RODEE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA DADA POR EL NIÑO.

37 El perro persigue al gato que es pequeño 1 2 3 4
 38 El lápiz está encima del libro que es rojo 1 2 3 4
 39 La mujer abraza a la niña que es rubia 1 2 3 4
 40 El cuadrado está dentro del círculo que es azul 1 2 3 4
 41 Es el gato el que muere al perro 1 2 3 4
 42 Es el coche el que ha golpeado al camión 1 2 3 4
 43 Es el hombre el que besa a la mujer 1 2 3 4
 44 Es la niña la que pinta al niño 1 2 3 4
 45 El cuadrado es más grande que el círculo 1 2 3 4
 46 El perro es más pequeño que el gato 1 2 3 4
 47 La niña es más alta que el niño 1 2 3 4
 48 El lápiz es más corto que el bolígrafo 1 2 3 4
 49 A la mujer la peina el hombre 1 2 3 4
 50 Al coche lo persigue la bicicleta 1 2 3 4
 51 A la niña la pinta el niño 1 2 3 4
 52 Al hombre lo besa la mujer 1 2 3 4
 53 Las niñas lo miran 1 2 3 4
 54 La mujer lo sube 1 2 3 4
 55 Los perros la persiguen 1 2 3 4
 56 El hombre la lleva 1 2 3 4
 57 El niño que mira a la niña está comiendo 1 2 3 4
 58 El cuadrado que está dentro del círculo es azul 1 2 3 4
 59 El perro que persigue al gato es pequeño 1 2 3 4
 60 El lápiz que está encima del libro es rojo 1 2 3 4
 61 La niña es morena, pero el niño no 1 2 3 4
 62 El perro es pequeño, pero el gato no 1 2 3 4
 63 La niña es delgada, pero no es rubia 1 2 3 4
 64 El cuadrado es grande, pero no es azul 1 2 3 4
 65 La mujer los lleva 1 2 3 4
 66 El niño lo mira 1 2 3 4
 67 El perro los persigue 1 2 3 4
 68 La mujer la baña 1 2 3 4
 69 La niña es empujada por el niño 1 2 3 4
 70 El gato es perseguido por el ratón 1 2 3 4
 71 El niño es abrazado por la mujer 1 2 3 4
 72 La bici es perseguida por el coche 1 2 3 4
 73 Es a la niña a quien besa el niño 1 2 3 4
 74 Es al ratón al que persigue el gato 1 2 3 4
 75 Es al coche al que persigue la bici 1 2 3 4
 76 Es al gato al que muere el perro 1 2 3 4
 77 El círculo dentro del que hay un cuadrado es azul 1 2 3 4
 78 El libro encima del que hay un lápiz es rojo 1 2 3 4
 79 El gato al que el perro persigue es pequeño 1 2 3 4
 80 La niña a la que abraza la mujer es rubia 1 2 3 4

FORMA DE CORRECCIÓN

Para obtener la puntuación directa sume las cantidades anotadas en las casillas de **NI ACIERTOS** (que equivalen a las respuestas correctas) y anote el total en la casilla **PD**.
 A continuación, observe si en cada banda se han rodeado correctamente las cuatro frías y si así marca el círculo de **CORRECTO**. Como el valor de cada bloque correcto es igual a 5, sume el número de bloques correctos y anote el total en la casilla correspondiente.
 Consulte las tablas de baremos para hallar las puntuaciones percentiles (%).

PD (aciertos) **42** / **54**
 Ni bloques (correctos) **3** / **10**

UTILIDAD DE APLICAR LA BATERÍA LEEDUCA Y EL TEST DE COMPRENSIÓN DE ESTRUCTURAS GRAMATICALES (TCEG) EN DOS NIÑOS CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO PARA LA EVALUACIÓN DE DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE

• CEG •

Nombre y apellidos: Sicid 2 V O M X
 Fecha nacimiento: 1/1 Fecha aplicación: 03/04/2017 Edad: años 7 meses 12
 Legajo: Juan Antonio (Almagate) Curso: 1º

ENSAYOS APLICAR A LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS Y A LOS QUE SE SUSPECHE CON DESCONOCIMIENTO DEL LÉXICO.
 MARQUE CON UN ASIDA (X) LOS DIBUJOS SEÑALADOS POR EL NIÑO.

Ensayo	1	2	3	4	5	6	7
CANAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
BICICLETA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MESA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CANCIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

RODEE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA DADA POR EL NIÑO.

1 El gato come un plátano	1	2	3	4
2 El niño juega a la pelota	1	2	3	4
3 La niña ve la televisión	1	2	3	4
4 El hombre pone la mesa	1	2	3	4
5 El perro es negro	1	2	3	4
6 La niña es rubia	1	2	3	4
7 El lápiz es largo	1	2	3	4
8 El niño es gordo	1	2	3	4
9 El niño no come	1	2	3	4
10 El gato no corre	1	2	3	4
11 La mujer no lee	1	2	3	4
12 La niña no ríe	1	2	3	4
13 La niña se lava las manos	1	2	3	4
14 La mujer le pone los zapatos	1	2	3	4
15 El hombre se corta el pelo	1	2	3	4
16 La niña le pinta la cara	1	2	3	4
17 El ratón persigue al gato	1	2	3	4
18 El hombre besa a la mujer	1	2	3	4
19 La niña empuja al niño	1	2	3	4
20 La bici persigue al coche	1	2	3	4
21 Los niños ven la televisión	1	2	3	4
22 Los perros persiguen a la niña	1	2	3	4
23 Los niños comen carne	1	2	3	4
24 Las niñas miran a los niños	1	2	3	4
25 Ni el gato ni el perro son negros	1	2	3	4
26 La niña no es ni rubia ni delgada	1	2	3	4
27 Ni el niño ni la niña tienen gafas	1	2	3	4
28 La pelota no es ni roja ni pequeña	1	2	3	4
29 El perro está delante del gato	1	2	3	4
30 El círculo está encima del cuadrado	1	2	3	4
31 El niño está detrás de la niña	1	2	3	4
32 El lápiz está debajo del libro	1	2	3	4
33 La niña no sólo es rubia, sino también delgada	1	2	3	4

RODEE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA DADA POR EL NIÑO.

37 El perro persigue al gato que es pequeño	1	2	3	4
38 El lápiz está encima del libro que es rojo	1	2	3	4
39 La mujer abraza a la niña que es rubia	1	2	3	4
40 El cuadrado está dentro del círculo que es azul	1	2	3	4
41 Es el gato el que muerde al perro	1	2	3	4
42 Es el coche el que ha golpeado al camión	1	2	3	4
43 Es el hombre el que besa a la mujer	1	2	3	4
44 Es la niña la que pinta al niño	1	2	3	4
45 El cuadrado es más grande que el círculo	1	2	3	4
46 El perro es más pequeño que el gato	1	2	3	4
47 La niña es más alta que el niño	1	2	3	4
48 El lápiz es más corto que el bolígrafo	1	2	3	4
49 A la mujer la peina el hombre	1	2	3	4
50 Al coche lo persigue la bicicleta	1	2	3	4
51 A la niña la pinta el niño	1	2	3	4
52 Al hombre lo besa la mujer	1	2	3	4
53 Las niñas lo miran	1	2	3	4
54 La mujer lo sube	1	2	3	4
55 Los perros la persiguen	1	2	3	4
56 El hombre la lleva	1	2	3	4
57 El niño que mira a la niña está comiendo	1	2	3	4
58 El cuadrado que está dentro del círculo es azul	1	2	3	4
59 El perro que persigue al gato es pequeño	1	2	3	4
60 El lápiz que está encima del libro es rojo	1	2	3	4
61 La niña es morena, pero el niño no	1	2	3	4
62 El perro es pequeño, pero el gato no	1	2	3	4
63 La niña es delgada, pero no es rubia	1	2	3	4
64 El cuadrado es grande, pero no es azul	1	2	3	4
65 La mujer los lleva	1	2	3	4
66 El niño lo mira	1	2	3	4
67 El perro los persigue	1	2	3	4
68 La mujer la baña	1	2	3	4
69 La niña es empujada por el niño	1	2	3	4
70 El gato es perseguido por el ratón	1	2	3	4
71 El niño es abrazado por la mujer	1	2	3	4
72 La bici es perseguida por el coche	1	2	3	4
73 Es a la niña a quien besa el niño	1	2	3	4
74 Es al ratón al que persigue el gato	1	2	3	4
75 Es al coche al que persigue la bici	1	2	3	4
76 Es al gato al que muerde el perro	1	2	3	4
77 El círculo dentro del que hay un cuadrado es azul	1	2	3	4
78 El libro encima del que hay un lápiz es rojo	1	2	3	4
79 El gato al que el perro persigue es pequeño	1	2	3	4
80 La niña a la que abraza la mujer es rubia	1	2	3	4

Parcemos un par de min.

Autoras: E. Mendoza, G. Carballo, J. Muñoz, M. D. Fresno. Copyright © 2005 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A. - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está im-

• CEG •

Nombre y apellidos: Sicid 2 V O M X
 Fecha nacimiento: 1/1 Fecha aplicación: 1/1 Edad: años 7 meses 12
 Legajo: Juan Antonio (Almagate) Curso: 1º

ENSAYOS APLICAR A LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS Y A LOS QUE SE SUSPECHE CON DESCONOCIMIENTO DEL LÉXICO.
 MARQUE CON UN ASIDA (X) LOS DIBUJOS SEÑALADOS POR EL NIÑO.

Ensayo	1	2	3	4	5	6	7
CANAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
BICICLETA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MESA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CANCIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

RODEE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA DADA POR EL NIÑO.

1 El gato come un plátano	1	2	3	4	NI ACIERTOS
2 El niño juega a la pelota	1	2	3	4	NI ACIERTOS
3 La niña ve la televisión	1	2	3	4	NI ACIERTOS
4 El hombre pone la mesa	1	2	3	4	NI ACIERTOS
5 El perro es negro	1	2	3	4	NI ACIERTOS
6 La niña es rubia	1	2	3	4	NI ACIERTOS
7 El lápiz es largo	1	2	3	4	NI ACIERTOS
8 El niño es gordo	1	2	3	4	NI ACIERTOS
9 El niño no come	1	2	3	4	NI ACIERTOS
10 El gato no corre	1	2	3	4	NI ACIERTOS
11 La mujer no lee	1	2	3	4	NI ACIERTOS
12 La niña no ríe	1	2	3	4	NI ACIERTOS
13 La niña se lava las manos	1	2	3	4	NI ACIERTOS
14 La mujer le pone los zapatos	1	2	3	4	NI ACIERTOS
15 El hombre se corta el pelo	1	2	3	4	NI ACIERTOS
16 La niña le pinta la cara	1	2	3	4	NI ACIERTOS
17 El ratón persigue al gato	1	2	3	4	NI ACIERTOS
18 El hombre besa a la mujer	1	2	3	4	NI ACIERTOS
19 La niña empuja al niño	1	2	3	4	NI ACIERTOS
20 La bici persigue al coche	1	2	3	4	NI ACIERTOS
21 Los niños ven la televisión	1	2	3	4	NI ACIERTOS
22 Los perros persiguen a la niña	1	2	3	4	NI ACIERTOS
23 Los niños comen carne	1	2	3	4	NI ACIERTOS
24 Las niñas miran a los niños	1	2	3	4	NI ACIERTOS
25 Ni el gato ni el perro son negros	1	2	3	4	NI ACIERTOS
26 La niña no es ni rubia ni delgada	1	2	3	4	NI ACIERTOS
27 Ni el niño ni la niña tienen gafas	1	2	3	4	NI ACIERTOS
28 La pelota no es ni roja ni pequeña	1	2	3	4	NI ACIERTOS
29 El perro está delante del gato	1	2	3	4	NI ACIERTOS
30 El círculo está encima del cuadrado	1	2	3	4	NI ACIERTOS
31 El niño está detrás de la niña	1	2	3	4	NI ACIERTOS
32 El lápiz está debajo del libro	1	2	3	4	NI ACIERTOS
33 La niña no sólo es rubia, sino también delgada	1	2	3	4	NI ACIERTOS
34 No sólo el niño está jugando, sino también la niña	1	2	3	4	NI ACIERTOS
35 La niña no sólo está cantando, sino también bailando	1	2	3	4	NI ACIERTOS
36 No sólo la pelota es roja, sino también el libro	1	2	3	4	NI ACIERTOS

37 El perro persigue al gato que es pequeño	1	2	3	4	NI ACIERTOS
38 El lápiz está encima del libro que es rojo	1	2	3	4	NI ACIERTOS
39 La mujer abraza a la niña que es rubia	1	2	3	4	NI ACIERTOS
40 El cuadrado está dentro del círculo que es azul	1	2	3	4	NI ACIERTOS
41 Es el gato el que muerde al perro	1	2	3	4	NI ACIERTOS
42 Es el coche el que ha golpeado al camión	1	2	3	4	NI ACIERTOS
43 Es el hombre el que besa a la mujer	1	2	3	4	NI ACIERTOS
44 Es la niña la que pinta al niño	1	2	3	4	NI ACIERTOS
45 El cuadrado es más grande que el círculo	1	2	3	4	NI ACIERTOS
46 El perro es más pequeño que el gato	1	2	3	4	NI ACIERTOS
47 La niña es más alta que el niño	1	2	3	4	NI ACIERTOS
48 El lápiz es más corto que el bolígrafo	1	2	3	4	NI ACIERTOS
49 A la mujer la peina el hombre	1	2	3	4	NI ACIERTOS
50 Al coche lo persigue la bicicleta	1	2	3	4	NI ACIERTOS
51 A la niña la pinta el niño	1	2	3	4	NI ACIERTOS
52 Al hombre lo besa la mujer	1	2	3	4	NI ACIERTOS
53 Las niñas lo miran	1	2	3	4	NI ACIERTOS
54 La mujer lo sube	1	2	3	4	NI ACIERTOS
55 Los perros la persiguen	1	2	3	4	NI ACIERTOS
56 El hombre la lleva	1	2	3	4	NI ACIERTOS
57 El niño que mira a la niña está comiendo	1	2	3	4	NI ACIERTOS
58 El cuadrado que está dentro del círculo es azul	1	2	3	4	NI ACIERTOS
59 El perro que persigue al gato es pequeño	1	2	3	4	NI ACIERTOS
60 El lápiz que está encima del libro es rojo	1	2	3	4	NI ACIERTOS
61 La niña es morena, pero el niño no	1	2	3	4	NI ACIERTOS
62 El perro es pequeño, pero el gato no	1	2	3	4	NI ACIERTOS
63 La niña es delgada, pero no es rubia	1	2	3	4	NI ACIERTOS
64 El cuadrado es grande, pero no es azul	1	2	3	4	NI ACIERTOS
65 La mujer los lleva	1	2	3	4	NI ACIERTOS
66 El niño lo mira	1	2	3	4	NI ACIERTOS
67 El perro los persigue	1	2	3	4	NI ACIERTOS
68 La mujer la baña	1	2	3	4	NI ACIERTOS
69 La niña es empujada por el niño	1	2	3	4	NI ACIERTOS
70 El gato es perseguido por el ratón	1	2	3	4	NI ACIERTOS
71 El niño es abrazado por la mujer	1	2	3	4	NI ACIERTOS
72 La bici es perseguida por el coche	1	2	3	4	NI ACIERTOS
73 Es a la niña a quien besa el niño	1	2	3	4	NI ACIERTOS
74 Es al ratón al que persigue el gato	1	2	3	4	NI ACIERTOS
75 Es al coche al que persigue la bici	1	2	3	4	NI ACIERTOS
76 Es al gato al que muerde el perro	1	2	3	4	NI ACIERTOS
77 El círculo dentro del que hay un cuadrado es azul	1	2	3	4	NI ACIERTOS
78 El libro encima del que hay un lápiz es rojo	1	2	3	4	NI ACIERTOS
79 El gato al que el perro persigue es pequeño	1	2	3	4	NI ACIERTOS
80 La niña a la que abraza la mujer es rubia	1	2	3	4	NI ACIERTOS

FORMA DE CORRECCIÓN

- Para obtener la puntuación directa sume las cantidades anotadas en las casillas de NI ACIERTOS (que equivalen a las respuestas correctas) y anote el total en la casilla PD.
- A continuación, observe si en cada banda se han rodeado correctamente las cuatro frías y si es así marque el dibujo de CORRECTO. Como el valor de cada bloque correcto es igual a 1, sume el número de bloques correctos y anote el total en la casilla correspondiente.
- Consulte las tablas de baremos para hallar las puntuaciones percentiles (PC).

PD (ciertos) 51 / 61
 Nº bloques correctos 6 / 20



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

Demencia y conducción

Trabajo Fin de Grado de Salvador Moreno Albert,
tutorizado por Juan Manual Manzaneque

Resumen

La compleja interacción entre la demencia, un síndrome que afecta a diversas capacidades, y la conducción, una compleja habilidad que requiere numerosos recursos cognitivos, es uno de los principales problemas a los que se enfrenta la sociedad actual. En tal interacción la demencia aporta déficits en la conducción que, en general, son problemas en las funciones ejecutivas, aunque, en función del tipo de demencia, clasificada etiológicamente, pudieran aparecer otros síntomas, como ocurre con la Demencia por Cuerpos de Lewy, que cursa con problemas visuoespaciales, o con la Demencia Frontotemporal, que provoca impulsividad. Estos síntomas aumentan progresivamente por la degeneración que afecta a las demencias, que llegará a hacer necesario el cese de la conducción. Sin embargo, existe un debate respecto a cuándo este cese debe ser efectuado, sustentado en patologías como el Deterioro Cognitivo Leve, al que se le añade otro sobre qué herramientas usar en la evaluación del cese. Consciente de estas dificultades, el autor del presente trabajo concluye resaltando la importancia de una evaluación idiosincrásica que utilice diferentes instrumentos, conllevando un cese de la conducción diferente para cada persona. En opinión del autor, este contexto requiere la integración de la figura del psicólogo en la toma de decisiones sobre el cese.

Palabras clave: Demencias; Enfermedad de Alzheimer; Deterioro Cognitivo Leve; Conducción; Cese de la conducción.

Introducción

El presente Trabajo Fin de Grado recopila información sobre cómo la demencia afecta a las personas que la sufren cuando intentan realizar una tarea tan necesaria y básica como es la conducción. Cabe resaltar que, pese a existir un gran esfuerzo sobre el estudio de las demencias, su interacción con la conducción no parece ser un tema que interese en exceso a la investigación. En esta línea, se presenta una recopilación de bibliografía sobre el tema que agrupa el máximo número de estudios con la finalidad de proponer una visión completa y comprensiva de las aptitudes de muchas personas que padecen demencia, cuándo se les debe retirar el permiso de conducción, sus consecuencias y cómo se debería abordar este tema desde un punto de vista profesional.

La demencia es un problema que afecta actualmente a 35,6 millones de personas en todo el mundo y, teniendo en cuenta el rápido envejecimiento de la población, se prevé que esta cifra aumente hasta 65,7 millones en 2030 (Prince, Bryce, Albanese, Wimo, Ribeiro y Ferri, 2013). La demencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (2013) como un síndrome causado por una patología cerebral, donde existen funciones superiores comprometidas (memoria, toma de decisiones, orientación, pensamiento...), así como déficits en la esfera emocional, social o motivacional. El hecho de que existan funciones deficitarias conlleva perjuicios diariamente, complicando tareas que antes parecían fáciles como vestirse, cocinar, nombrar objetos familiares o pagar facturas (Ginesi, Jenkins y Keenan, 2016a; Liu, Chan, Chu, Ng, Chu, Hui, Yuen y Fisher., 2007). Una de estas importantes funciones alteradas es la conducción, pues dificulta la movilidad de la persona en su día a día (Carr y O'Neill, 2015).

La conducción es una acción realizada en España por más de 23 millones de personas (Cruz y Bertolín, 2006), llegando a realizar 18 millones de desplazamientos de largo recorrido anualmente. Esta actividad es tan común como peligrosa; es más, de acuerdo con el Balance de Seguridad Vial (Ministerio del Interior del Gobierno de España, 2016; Ministerio del Interior del Gobierno de España, 2015) en una nota de prensa, la conducción ocasionó en España un total de mil accidentes mortales y cinco millares de heridos durante 2015. Tales cifras implican que la seguridad vial es un tema de vital importancia y, de hecho, la maximización de la seguridad vial parece ser un importante reto para la sociedad actual (Tena-Sánchez, 2015). Ejemplo de ello es el desarrollo de numerosas estrategias que pretenden reducir el número de víctimas, tal y como se realiza desde la Dirección General de Tráfico del gobierno de España con la publicación de los planes estratégicos de seguridad vial (DGT, 2011). Sin embargo, parece ser que estos planes pasan por alto un importante dato: el grupo con mayor incidencia de mortalidad es el de mayores de 65 años (21% de total de fallecidos en las carreteras) (Ministerio del Interior del Gobierno de España, 2016). Esto hace pensar que quizás sea momento de focalizar la atención en la tercera edad y cómo afectan sus dificultades a la conducción.

Teniendo en cuenta que las personas mayores de 65 años son el grupo que presenta mayor prevalencia en demencia (Berr, Wancata y Ritchie, 2005) y los problemas que parece causar esta patología en la conducción (Carmody, Traynor y Iverson, 2012), se podría sugerir la existencia de un potencial riesgo para la seguridad vial en la tercera edad. Por este motivo, es de suma importancia explorar las dificultades concretas provocadas por esta alteración en la conducción. Debido a la naturaleza heterogénea de la propia demencia, los problemas derivados de ella son muy variables, tanto como el número de enfermedades que pueden causar tal alteración (Piersma, de Waard, Davidse, Tucha y Brouwer, 2015). Los estudios que recogen información acerca de las implicaciones de tales enfermedades sobre la conducción suelen hacerlo sobre las de mayor renombre, como la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson. Sin embargo, no ocurre lo mismo con otras como la demencia por cuerpos de Lewy o la demencia frontotemporal, siendo pocos los estudios que abordan estos problemas.

El presente Trabajo de Fin de Grado presenta inicialmente la etiología y clasificación general de las demencias, exponiendo su definición, sus características generales y su clasificación. En segundo lugar, se concretarán las etiologías y sintomatologías de cada tipo de demencia y del deterioro cognitivo leve. Seguidamente, se contextualizará el concepto de conducción, en qué consiste y cuál es el principal modelo que explica su realización. A continuación, con la intención de aunar conocimientos, se explicará cómo afecta a la conducción cada tipo de demencia. Posteriormente, se explicará qué ocurre cuando la demencia llega a tal punto que no permite a la persona continuar conduciendo, y se expondrán las diferentes posiciones actuales de este necesario cese de la conducción. A modo de cierre se ofrecerá una visión de conjunto y algunas valoraciones sobre el tema.

Demencias

Conceptualización general

El término demencia deriva del latín: *de* (ausencia de), *mens* (mente), e *ia* (estado de). Por tanto, se podría definir como “un estado de privación o falta de la mente” (Weiner y Lipton, 2005), aunque actualmente esta definición solo haría referencia a la fase final de lo que se considera demencia. Fue Celsus (30 A.C.-50 D.C.) quien usase el término “demencia” por primera vez en un contexto médico, haciendo a una parálisis que aparecía en personas mayores (Mahendra, 2012). Tras él, el término demencia ha sido usado para denominar diversos trastornos mentales, incluso una patología similar a la esquizofrenia, tal y como se puede observar en *Treatise on Insanity* (Pinel, 1806).

En contraste con la visión del siglo XIX, la definición actual considera la demencia un síndrome caracterizado por el deterioro cognitivo adquirido y persistente que interfiere con las actividades del individuo (Nitrini y Dozzi-Brucki, 2012). Su evolución suele ser lenta, progresiva e irreversible, aunque si la enfermedad premórbida se instala de forma aguda o subaguda, su tratamiento podría evitar la aparición de la demencia (Weiner y Lipton, 2005). Contrariamente a lo que podría sugerir la anterior definición, la demencia no es un síndrome que afecte igualmente a todas las personas. Ejemplo de ello son los datos ofrecidos por Lopes, Hototian Reis, Elkis y Bottino (2007), donde se indica que un 14,9% de las personas españolas mayores de 65 años padecen demencia. Otra ejemplificación de esta diferencia es el aumento del riesgo de padecer demencia tras cumplir los 65 años (un 5% cada año) (Ávila, 2016).

Pese a la gran variedad y cantidad de personas que padecen demencia, se pueden observar ciertos patrones en la mayoría de los casos. Un ejemplo es el daño cerebral que subyace a la demencia y dificulta la plasticidad neuronal en áreas que controlan funciones como la memoria, el procesamiento viso-espacial, el lenguaje, la inhibición social y las funciones ejecutivas, entre otras capacidades (Ginesi, Jenkins y Keenan, 2016a). Como consecuencia, aparecen déficits en comprensión, comunicación o autocuidado, que conlleva una inevitable interferencia en la personalidad (Weiner y Lipton, 2005). Estos déficits fluctúan con etapas donde el declive de la funcionalidad es evidente, y otras donde hay cierta estabilidad, aunque no existe reversión (Ginesi, Jenkins y Keenan, 2016a).

Pese a la sensación de homogeneidad que los anteriores datos pudieran reflejar, la demencia es un síndrome caracterizado por la heterogeneidad. Diferentes criterios se han propuesto para clasificar las demencias (Ávila, 2016), pero en el presente en este trabajo se va a seguir la clasificación que se estructura en función de la causalidad de la demencia (Nitrini y Dozzi-Brucki, 2012), ya que parece estar más ligada a la definición de demencia. La OMS (2013) define la demencia como un estado provocado por una patología previa, cuyo órgano más afectado es el cerebro. Considerando esto, cabe pensar en la idoneidad de desarrollar una tipología que abarque las diferentes causas, pues sus consecuencias serán también diferentes.

La organización basada en la etiopatogenia de las demencias considera los siguientes grupos (Bassil y Mollaei, 2012; Nitrini y Dozzi-Brucki, 2012; Alberca y López-Pousa, 2011; Abellán, Agüera Aguilar, Alcolea, Almenar, Amer y Caja, 2009): Demencias Primarias, que presentan pérdida neural por alteraciones intrínsecas, como ocurre con la Demencia por Enfermedad de Alzheimer (DEA), la Demencia Frontotemporal (DFT), la Demencia por Cuerpos de Lewy (DCLw) y la Demencia por Enfermedad de Parkinson (DEP); las Demencias Secundarias, que se caracterizan porque el factor patogénico es exógeno (infecciones, traumatismos, enfermedades de otros sistemas...), por ejemplo Demencia Vascular y demencias derivadas de traumatismos, alcoholismo o SIDA; y Demencias Combinadas, causadas por causas externas e internas que originan un síndrome demencial, como la demencia mixta.

Aunque no se considera una tipología, sí es necesario diferenciar niveles de gravedad en las demencias, debido a su naturaleza lenta y progresiva (Nitrini y Dozzi-Brucki, 2012). De hecho, algunos autores la usan en sus investigaciones, distinguiendo entre demencia muy leve, leve o severa (Carr y O'Neill, 2015; Johnson, Storandt, Morris y Galvin, 2009). Esta diferenciación es importante en el tema del presente trabajo, porque la decisión de cesar la conducción de un paciente puede basarse en tal matiz.

Tipos de demencias

La gran cantidad de manifestaciones de la demencia ha dado lugar a diferentes tipologías, entre las cuales la clasificación basada en la causalidad de la demencia ha sido la elegida para estructurar el presente trabajo. Sin embargo, es necesario situar el caso excepcional del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) en tal clasificación (Ávila, 2016; Nitrini y Dozzi-Brucki, 2012).

El DCL se define como un estado deficitario de una función cognitiva (que suele ser la memoria), sin graves alteraciones sobre el desempeño de las actividades diarias (Wadley, Okonkwo, Crowe, Vance, Elgin, Ball y Owsley 2011; Levey, Lah, Goldstein, Steenland y Bliwise, 2006) y afecta a un número muy variable de personas en el mundo, presentándose prevalencias desde un 3% a un 42% (Ward, Arrighi, Muchels y Cedarbaum, 2012). El DCL ha sido considerado como una expresión muy leve y anterior de la demencia, de tipo Alzheimer en concreto (Petersen, Doody, Kurz, Mohs, Morris, Rabins, Rutchie, Rossor, Thal y Winblad, 2001), y de hecho, algunos estudios cuantifican la progresión a DEA en un 12% de los pacientes con DCL (Hsiung, Sadovnick y Feldman, 2004; Petersen, Smith Waring, Ivnik, Tangalos y Kokmen, 1999; Tierney, Szalai et al., 1996), aunque otros estudios difieren (Larrieu, Letenneur, Orgogozo, Fabrigoule, Amieva, Le Carret, Barberger-Gateau y Dartigues, 2002; Morris, Storandt Miller, McKeel, Price, Rubin y Berg, 2001; Bozoki, Giordani et al., 2001).

No todos los casos de DCL evolucionan hacia DEA, existiendo algunos pacientes con mejoras o reversión al estado anterior (Ritchie, Artero y Touchon, 2001; Larrieu et al., 2002). Considerando esto, clasificar subtipos de DCL podría ser de utilidad para dibujar su dirección. Petersen (2004) describió tres subtipos de DCL: el primero se caracteriza por amnesia, estando muy relacionado con la DEA (Petersen, Doody, Kurz, Mohs, Morris, Rabins, Rutchie, Rossor, Thal y Winblad 2001); el segundo presenta múltiples dominios cognitivos afectados; y un tercer tipo cursa con un solo dominio cognitivo afectado, que no es memoria. Estos dos últimos subtipos se suelen relacionar con otros tipos de demencia (DFT, DCLw) (Petersen, 2003). Por tanto, DCL no sería una patología que, irremediablemente, conlleve demencia, pero sí debe ser considerado dentro de este trabajo por su importante relación con ellas.

Al margen del caso excepcional del DCL, el resto de patologías enunciadas en el trabajo se encuadran dentro de la clasificación etiológica de las demencias. La descripción de cada tipo de demencia se acompaña de su prevalencia, la cual es avalada por estudios de actualidad como el de Goodman, Lochmer, Thambisetty, Wingo, Posner y Ling (2017). Tales patologías, ordenadas por prevalencia, serían encabezadas por la demencia tipo Alzheimer (50-70%) (Qiu, Kivipelto y von Strauss, 2009), que alcanzaría su prevalencia a un 86% si se consideran los casos donde se presenta con demencia vascular y DCLw (OMS, 2013). De forma aislada, la DEA suele girar en torno a problemas de memoria y quejas sobre las mismas, acompañadas de trastornos del estado del ánimo (Alberca y López-Pousa, 2011). Su base neurobiológica es una atrofia temporoparietal (Nordberg, 2015) provocada por la acumulación de placas *Beta-amiloides* y *neurofilamentos tau* enredados (existen variantes atípicas que afectan a la zona límbica o hipocámpal) (Murray, Graff-Radford, Ross, Petersen, Duara y Dickson., 2011).

Los cambios fisiológicos que acontecen durante la DEA se traducen en un declive cognitivo y funcional, insidioso y estable (Bassil y Mollaei, 2012), que consta de disfunciones ejecutivas, alteraciones leves en el lenguaje, discalculias, apraxias, dificultades de reconocimiento (especialmente agnosia visual), cambios de humor (generalmente ansiedad), y cambios del comportamiento (Bassil y Mollaei, 2012; Ferretti, McCurry, Logsdon, Gibbons, Teri, 2001). Estos síntomas pueden ser alterados por las variantes de la DEA, que son las siguientes (Wallin y Blennow, 1996; Svennerholm y Gottfries, 1994): la DEA "tipo 1", que aglomera las personas menores de 65 años con síntomas afásicos, apráxicos y agnósicos más intensos; y la DEA "tipo 2", que concentra a personas que debutan tras los 65 años, con afectación de la memoria de evocación, confusión mental y alteraciones de la marcha. Las DEA tipo 1 se relacionan con lesiones que suelen ser cerebrovasculares, lo que podría indicar comorbilidad entre DEA y demencia vascular (Davey, 2014).

En el contexto de las Demencias Primarias, la segunda demencia más prevalente en personas mayores de 65 años es la demencia frontotemporal (prevalencia aproximada del 20%) (Ikeda, Ishikawa y Tanabe, 2004; Ratnavalli, Brayne, Dawson y Hodges, 2002). La DFT se caracteriza por la neurodegeneración progresiva del lóbulo frontal o del temporal anterior (Sjögren y Andersen, 2006; Pasquier y Petit, 1997), cuyas causas todavía no se conocen en profundidad, aunque parece alguna desregulación proteica (Bott, Radke, Stephens y Kramer, 2014). Las consecuentes alteraciones suelen pasar desapercibidas en las primeras etapas (Hallam, Silverberg, LaMarre, Mackenzie y Feldman, 2008). Posteriormente, aparecen síntomas característicos como la apatía-abulia, la desinhibición, la impulsividad, los comportamientos repetitivos y los problemas psicológicos como ansiedad, irritabilidad, agresividad y quejas hipocondriacas (Passant, Elfgren et al., 2005), que dificultan las interacciones sociales (Galimberti, Dell'Osso, Altamura y Scarpini, 2015).

La sintomatología de la DFT, al igual que ocurre con la DEA, puede variar su expresión en función de sus diferentes subtipos, que son (Galimberti et al., 2015; Mocellin, Scholes, Walterfang, Looi y Velakoulis., 2015) la variante conductual, la demencia semántica y la afasia progresiva no fluente. Mientras la variante conductual, que es la más prevalente (Johnson, Diehl, Mendez, Neuhaus, Shapira,

Forman, Chute, Roberson, Pace-Savitsky, Neumann, Rosen, Forstl, Kurz, Miller y Chow, 2005), cursa con estereotipias, cambios del estado de ánimo, disfunciones ejecutivas y algunos signos de parkinsonismo (Galimberti et al, 2015; Piguet, Hornberger, Mioshi y Hodges, 2011; Gorno-Tempini, Hillis, Weintraub, Kertesz, Mendez, Cappa, Ogar, Rohrer, Black, Boeve, Dronkers, Vandenberghe, Rascofsky, Patterson, Miller, Knopman, Hodges, Mesulam, Grossman y Manes, 2011), la demencia semántica y la afasia progresiva no fluente, se caracterizan por deterioro del lenguaje y problemas motores (Laforce, 2013; Rascofsky, Hodges, Knopman et al., 2011).

Las Demencias Primarias también incluyen la Demencia por Cuerpos de Lewy presenta una peculiaridad derivada de su usual comorbilidad. Si se considera de forma “pura”, su prevalencia se reduce de un 20% (McKeith, 2002; Barber, Panikkar y McKeith, 2001) a un 10% de todas las demencias (Ghosh y Lippa, 2015; Mraz y Griffin, 2007). Si se eliminan tales comorbilidades, se caracterizaría por un deterioro cognitivo fluctuante que afecta a las funciones ejecutivas, la orientación, las capacidades visuales y problemas de memoria que responden a claves de recuerdo (Molano, 2013; Alberca y López-Pousa, 2011; McKeith et al., 2005), por problemas motores de tipo parkinsoniano, que pueden aparecer antes que el resto de síntomas (Ballard, 2004), y por síntomas psicóticos que aparecen de forma precoz (delirios y alucinaciones visuales) (Nagahama, Okina, Suzuki y Matsuda, 2010; Mosimann, Rowan Partington, Collerton, Littlewood, O'brien, Burn y McKeith, 2006). Todo esto parece derivar de la presencia de las inclusiones de *alfa-sinucleína* en los núcleos subcorticales, la neocorteza y la arquicorteza, en forma de cuerpos de Lewy o neuritas distróficas (Ballard, Ziabreva Perry, Larsen, O'brien, McKeith, Perry y Aarsland, 2006; Burn, 2006; McKeith et al., 2005).

La comorbilidad de la DCLw con otras patologías puede observarse en los tejidos cerebrales, pues muchos pacientes presentan placas seniles, típicas de la DEA (Mraz y Griffin, 2007). Además, las inclusiones de *alfa-sinucleína*, características de la DCLw, aparecen en otras patologías como la enfermedad de Parkinson (EP) (en los núcleos subcorticales, conllevando incapacidad motora y relativa preservación cognitiva) o en la demencia por enfermedad de Parkinson (generalizadas, provocando graves problemas motores y cognitivos) (Ballard et al., 2006).

Hay muchas similitudes entre DCLw y Demencia por Enfermedad de Parkinson, ya que ambas cursan con déficits cognitivos parecidos, parkinsonismo, y ambas presentan acumulaciones de *alfa-sinucleína* (Aarsland y Janvin, 2008). Sin embargo, es necesario diferenciar estos síndromes, para lo que se suele observar si el paciente padecía EP un año antes de que aparecieran los déficits cognitivos típicos de la demencia (Padovani, Costanzi, Giliberti y Borroni, 2006; McKeith, Mintzer Aarsland, Burn, Chiu, Cohen-Mansfield, Dickson, Dubois, Duda, Feldman, Gauthier, Halliday, Lawlor, Lippa, Lopez, Carlos Manchado, O'Brien, Playfer y Reid, , 2005). Un 30% de esas personas que sufren EP padecen posteriormente DEP (Emre, 2003), lo que supone un 3% de los casos de demencias (Aarsland y Kurz, 2010; Aarsland, Zaccari y Brayne, 2005).

La sintomatología de la DEP se caracteriza por la disfunción ejecutiva con atención fluctuante, función visuoespacial y visuoespacial alterada y alteraciones de memoria, principalmente en la fase de codificación y recuperación de la información, debido a errores en memoria de trabajo (Hanagasi, Tufekcioglu y Emre, 2017; Alberca y López-Pousa, 2011). También aparecen déficits en la fluencia verbal semántica que aumenta con la dificultad de la tarea (García-Ptacek y Kramberger, 2016; Aarsland y Janvin, 2008). Además, los pacientes de DEP presentan alteraciones neuropsiquiátricas como depresión, apatía, ansiedad y alucinaciones muy reales (Mosimann, Mather, Wesnes, O'brien, Burn y McKeith, 2006). Los síntomas pueden variar en función del área afectada (frontoestriatal, temporal o el cerebro de forma global) (Foltynie, Brayne, Robbins y Barker, 2004).

Los síntomas de cualquier tipo de demencia pueden alterar la realización de las diferentes tareas diarias de la personas en mayor o menor grado, pero parece obvio que aquellas que impliquen mayor complejidad serán las más perjudicadas (Giebel, Sutcliffe, Challis, 2017; Katz, 1983). Dentro de estas actividades, la conducción parece una de las más alteradas, ya que son muchas las habilidades necesarias para realizar esta acción sin suponer un riesgo para la seguridad vial (Lovas, Fereshtehnejad, Cermakova, Lundberg, Johansson, Johansson, Winblad, Eriksdotter y Religa 2016; Uc y Rizzo, 2008; Johansson y Lundberg, 1997).

Conducción

En España circulan aproximadamente 24 millones de vehículos, proporcionando empleo al 12% de la población activa (Muñoz-Repiso, 2000). Sin embargo, los accidentes de tráfico provocan grandes pérdidas familiares, personales y económicas, tal y como refleja la Comisión de las Comunidades Europeas (1997), quien informó que uno de cada tres ciudadanos europeos necesitará asistencia hospitalaria en algún momento de su vida a consecuencia de un siniestro, que uno de cada veinte fallecerá

o sufrirá heridas de gran severidad, y que uno de cada ochenta verá su esperanza de vida acortada en cuarenta años. Otros datos, como los proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (2013), indican que cada año mueren en todo el mundo 1,24 millones de personas, mientras resultan heridas de gravedad 20-50 millones. Por lo tanto, la conducción implicaría, por una parte, beneficios para las personas, las empresas y los países, así por otra, serios problemas. En cualquier caso es una parte fundamental de estos sistemas (Tortosa y Monter, 2002).

Tal es el impacto de la conducción que existe cierta controversia en torno a su definición, de forma que cada teoría propone una versión, que, en ocasiones, se contraponen. Sin entrar en tal debate, se podría decir que la conducción es una compleja tarea que compromete diferentes habilidades de la persona (Drazkowski y Sirven, 2011). Ahora bien, cada modelo se podría encajar en un extremo de dos ejes, como son: si se consideran la conducción como una acción que depende de factores dinámicos (o no), y si se centran en el factor humano (o no) (de Winter y Happee, 2012). De las cuatro consiguientes categorías, la que engloba los modelos más influyentes en Psicología se encuadran en las teorías llamadas *motivacionales*, que se sirven de los procesos cognitivos para acercarse al factor humano y alejarse del dinamismo entre los componentes de la conducción.

Otro conjunto de teorías que abordan el factor humano, aunque no consideran el dinamismo entre componentes, son los *modelos de rasgo* (de Winter y Happee, 2012). Estos modelos se basan en el análisis estadístico de accidentes de tráfico, buscando así perfiles de personas potencialmente peligrosas, tal y como hizo Haight (1964). Estos modelos no tuvieron éxito al basarse en análisis post-hoc, cosechando así algunas críticas (Ranney, 1994; Michon, 1985). Los modelos de rasgo parecen estar viviendo un nuevo renacer, contando con nuevos modelos como el modelo de Rothengatter (2002), y recibiendo el apoyo de varios investigadores (Carsten, 2007; Elvik y Vaa, 2004). Pese a las mejoras de los modelos de rasgo, que no son pertinentes explicar en este trabajo, siguen en desarrollo sin llegar a alcanzar el éxito que sí consiguieron los modelos motivacionales. Es por esto que el presente trabajo usará como guía los segundos.

Los modelos motivacionales han evolucionado desde los postulados más primitivos (Gibson y Croks, 1938), donde se planteaba el concepto de viaje seguro, hasta los modelos más actuales (Fuller, 2005), en los que se considera la interacción entre las demandas de la tarea y la capacidad de los conductores. Esta evolución ha permitido el éxito del modelo pese a las críticas de imprecisión o falta de especificidad (Rothengatter, 2002; Ranney, 1994). Fueron estas críticas las que animaron a los investigadores a crear una “segunda generación de modelos motivacionales”, que se caracterizó por el uso de jerarquías para explicar la conducción (Ranney, 1994). Existen modelos de tres e incluso cuatro niveles de las citadas jerarquías, aunque quizás el modelo que mejor parece representar esta corriente es el postulado por Michon (1985), quien considera una jerarquía de tres niveles.

Fueron los procesos cognitivos los que guiaron a Michon (1985) a considerar una jerarquía donde cada nivel se basa en el anterior para, finalmente componer el acto de la conducción. Primeramente, Michon (1985) hipotetiza un primer *nivel estratégico* donde se consideran las decisiones que el conductor toma antes de comenzar a conducir, con lo que su consecución podría llevar minutos (como planear el destino y su ruta). En el segundo *nivel de maniobras* engloba las decisiones técnicas tomadas en segundos, durante la conducción (adelantamientos o giros, entre otros). En el último *nivel de control* comprende las acciones automatizadas y reactivas que se realizan en milisegundos (por ejemplo: embragar, frenar o acelerar). En los dos últimos niveles pueden influir variables ambientales inmediatas (Panou, Bekiaris y Papakostopoulos, 2007). Cabe puntualizar que este modelo considera que la conducción es una conducta observable, resultante de la interacción de múltiples niveles de procesamiento de la información y control motor, con lo que facilita el uso del modelo en investigaciones que ahondan en el perfil psicológico del conductor (Michon, 1985; Boer, 1998).

Las implicaciones del modelo de Michon (1985) son muy amplias, pero dejando a un lado los aspectos por los que han tenido su impacto en el mundo de la ergonomía (de Winter y Happee, 2012; Liu y Salvucci, 2001), engloba diferentes procesos cognitivos que permiten acotar las tareas afectadas en personas con alteraciones cerebrales. En el caso concreto de la demencia, podría ayudar a discernir los niveles que se encuentran afectados, ayudando, como consecuencia, al diagnóstico y la toma de decisiones respecto al cese de la conducción (Piersma et al., 2015).

Al margen del modelo adoptado, la conducción implica evitar distracciones y atender al tráfico, necesitando emplear la atención dividida y selectiva, las habilidades visuoespaciales, las funciones ejecutivas y la memoria para ello (Dugan, Barton, Coyle y Lee, 2013; Dugan y Lee, 2013; Martyr y Clare, 2012; Ranchet, Broussolle, Poisson y Paire-Ficout., 2012; Ott y Daiello, 2010; Parasuraman y Nestor, 1991). El problema aparecería en ciertos estados mentales donde las funciones básicas (como las habilidades visuoespaciales) pueden no estar intactas (Krishnasamy y Unsworth, 2011;

Schanke y Sundet, 2000), incrementando el riesgo de accidente de tráfico y disminuyendo la calidad de la conducción de tales personas, como parece ocurrir en personas con demencia (Eby, Silverstein, Molnar, LeBlanc y Adler, 2012; Man-Son-Hing, Marshall, Molnar y Wilson, 2007).

Efectos de las demencias sobre la conducción

Déficits en la conducción de personas con demencia

La conducción es una actividad diaria muy importante, por lo que su déficit será un gran perjuicio para quien lo sufre, hecho que se puede observar claramente en personas con demencia que son cesadas, quienes comienzan a mostrar un menor nivel de actividad en sus vidas, e influyen en las de sus cuidadores (Martin, Marottoli y O'Neill, 2013; Taylor y Tripodes, 2001; Marottoli, de Leon, Glass, Williams, Cooney y Berkman, 2000). Para minimizar los problemas derivados del cese es necesario maximizar el tiempo que la persona conduzca y planificar una retirada gradual, por lo que es de gran utilidad conocer los errores de la persona (Peñas, Mas y Panicot, 2016; Dawson, Anderson, Uc, Dastrup y Rizzo, 2009). Con tal objetivo, se han usado diversas herramientas para valorar las disfunciones que impiden la conducción en personas con demencia.

Existen diferentes formas de evaluar los errores durante la conducción (Iverson, Gronseth, Reger, Classenm Dubinsky y Rizzo, 2010). Una de ellas es utilizando baterías neuropsicológicas, tales como los exámenes *Mini Mental State Examination* o *Montreal Cognitive Examination*, aunque su uso, en general, es rechazado por su imprecisión para predecir accidentes de tráfico (Bennett, Chekaluk y Batchelor, 2016; Hollis, Duncanson, Kapust, Xi y O'connor, 2015). Como excepción se postula la escala *Clinical Dementia Rating*, la cual parece predecir el suspenso en un examen de conducir a partir de puntuaciones superiores a 0.5 o 1 (Carr y O'Neill, 2015; Gosh y Lippa, 2013; Iverson et al., 2010).

Debido a la falta de consenso respecto a qué cuestionarios neuropsicológicos elegir y con el objeto de analizar los errores durante la conducción, se suele considerar como mejor opción realizar un análisis durante la propia tarea de conducir (Andrew, Traynor e Iverson, 2015; Ott, Papandonatos et al., 2012; Molnar, Patel, Man-Son-Hing y Wilson, 2006). También ha sido propuesto el análisis en simuladores de conducción (Eramudugolla, Price, Chopra, Li y Anstey, 2016), aunque su validez aún no ha sido bien estudiada (Carr y Ott, 2010) y algunos estudios han advertido sobre dificultades añadidas en personas mayores (Brooks, Goodenough Crisler, Klein, Alley, Koon, Logan, Ogle, Tyrrell y Wills, 2010; Cox, Quillian, Thorndike, Kovatchev y Hanna, 1998).

Haciendo uso de diferentes herramientas de evaluación y sin entrar en un tipo concreto de demencia, Barco, Baum, Ott, Ice, Johnson, Wallendorf y Carr (2015) encontraron que las personas con demencia suspendieron más exámenes de conducción que sus equivalentes sin demencia, cometiendo, aproximadamente, el doble de errores en tareas consideradas como poco exigentes (en giros a la derecha y conducción en calles rectas). En este estudio también se enfatiza la variedad de errores en función de los tipos de demencia, aunque en todos suelen aparecer problemas con los carriles (cambios y posicionamiento).

Con intención de profundizar en el análisis de los errores de las personas con demencia durante la conducción, parece necesario considerar sus diferentes tipos. Para ello se seguirá la clasificación etiológica de las demencias, la cual está encabezada por la Enfermedad de Alzheimer (Nitrini y Dozzi-Brucki, 2012). Algunos estudios consideran que la DEA leve no implica grandes errores, aunque sus pacientes se pierden con frecuencia mientras conducen (Fujito, Kamimura Ikeda, Koyama, Shimodera, Morinobu e Inoue, 2016; Eby, Silverstein, Molnar, LeBlanc y Adler, 2011). Sin embargo, otros datos indican cierto potencial para causar accidentes, ya que tras tres años del diagnóstico de DEA suele haberse producido algún accidente de tráfico (Fujito et al., 2016; Ott, Heindel Papandonatos, Festa, Davis, Daiello y Morris, 2008).

Los problemas identificados en la conducción de pacientes con DEA son, entre otros, los siguientes: girar incorrectamente, dificultades para entender las señales de tráfico, cambio de carril y el posicionamiento dentro del mismo (Dawson, 2009; Grace, Amic D'abreu, Festa, Heindel y Ott, 2005; Uc, Rizzo et al., 2005). Otros problemas comunes aparecen al reaccionar ante el comportamiento de otros conductores o en el control de la velocidad, lo que parece remitir al *nivel de maniobras* del modelo de Michon (1985) (Duchek, Carr, Hunt, Roe, Xiong, Shah y Morris, 2003). Además, en estudios con simuladores, se han encontrado salidas de la carretera, circulación más lenta que el límite mínimo de velocidad y frenadas de menor intensidad que el grupo normativo (Daigneault, Joly y Figon, 2002; Cox et al., 1998). El deterioro de las capacidades empeora con la edad (Duchek, Carr, Huntm, Roe, Xiong, Shah y Morris, 2003; Hunt, Murphy, Carr, Duchek, Buckles y Morris, 1997), que suele acabar con el cese de la conducción.

Los errores cometidos por personas con DEA durante la conducción parecen no ser del todo ajenos para ellos, ya que varios estudios parecen indicar que comienzan a tomar medidas para restringir la conducción, procurando no circular por autopistas, utilizando menos el coche o evitando conducir de noche (Eby, 2012; Stalvey, Owsley Owsley, Sloane y Ball, 1999; Barberger-Gateau y Fabrigoule, 1997). En contra, otros estudios advierten de la no conciencia del problema, lo que suele conllevar más accidentes de tráfico (Wild y Cotrell, 2003; Cotrell y Wild, 1999; Kaszniak, Keil y Albert, 1991).

En comparación con los pacientes de DEA, los pacientes de Demencia Frontotemporal presentan mayor riesgo de causar accidentes de tráfico; de hecho, a los 1,35 años tras el inicio de la demencia, las personas con DFT suelen haber provocado algún accidente, dato corroborado en pruebas con simuladores (más salidas de vía) (De Simone, Kaplan, Patronas, Wassermann y Grafman, 2007; Fujito et al., 2016). A esto cabe añadir más incidencia de actos ilegales durante la conducción y fugas tras accidentes (De Simone et al., 2007; Miller, Darby, Benson, Cummings y Miller, 1997).

Las principales dificultades en pacientes con DFT durante la conducción pasan por el fallo en el cálculo de distancias y la habitual distracción, que aumentan el riesgo de provocar accidentes (Fujito et al., 2016). Además, De Simone et al. (2007) encontraron que las mismas personas aceleraban excesivamente, a pesar de ser avisados de tal exceso, o circulaban muy lentos, incluso realizando paradas, sin explicación alguna. Estos errores pueden estar relacionados con las manifestaciones conductuales de la DFT (agresión, impulsividad o desinhibición) (Fujito et al., 2016), y con la imposibilidad para planificar y realizar tareas simultáneas (Turk y Dugan, 2014); es decir, existirían problemas en los tres niveles del modelo de Michon (1985). Estos problemas suelen aparecer en la variable conductual de la DFT, aunque los pacientes con demencia semántica también muestran problemas, especialmente con las normas de tráfico y la comprensión de las señales de tráfico (Beratis, Koros, Fragkiadaki, Kontaxopoulou, Pavlou, Yannis y Papageorgiou, 2016). Es habitual que estas personas no presenten *insight* sobre sus problemas (Fujito et al., 2016).

De Simone et al. (2007) citan varios casos que pretenden llamar la atención sobre la importancia de detectar a las personas con DFT. Entre ellos, exponen el caso de una paciente que condujo fuera de la carretera, se chocó con un poste de la luz y prosiguió su camino a casa con el *airbag* hinchado, sin que esto supusiera la revocación de su permiso de conducción. Por todo esto, una vez se diagnostica DFT se considera necesaria una evaluación de las capacidades de la persona para conducir, ya que, a diferencia de la DEA, estos pacientes presentan una alta incapacidad para conducir (Turk y Dugan, 2014).

Pocos son los estudios que han investigado los problemas de los pacientes con Demencia por Cuerpos de Lewy durante la conducción (Allan, Behrman, Baruch y Ebmeier, 2016); de hecho, el único estudio encontrado por el autor de este trabajo de fin de grado se presenta como la primera investigación al respecto hasta el momento (Yamin, Stinchcombe y Gagnon, 2015), tal y como corroboran trabajos posteriores (Allan, Behrman, Baruch y Ebmeier, 2016; Turk y Dugan, 2015), solicitando, todos ellos, investigaciones que ahonden en el tema.

Los errores concretos de los pacientes con DCLw durante la conducción son los siguientes: conducción por encima del límite de seguridad; y conducción fuera del carril (Yamin et al., 2015). Los autores consideran que tales errores se relacionan con problemas cognitivos (fundamentalmente atencionales y visuoespaciales) detectados en este mismo estudio mediante exploraciones neuropsicológicas. Estos problemas cognitivos se han encontrado en pacientes con DCLw fuera del contexto de la conducción (Peters, Ergis et al., 2012; Mosimann et al., 2004).

Prosiguiendo con las demencias, cabe definir la Demencia por Enfermedad de Parkinson. Esta demencia puede aparecer tras sufrir la enfermedad de Parkinson (EP), al menos un año antes de los síntomas demenciales (pronunciado declive cognitivo) (McKeith et al., 2005). Por tanto, considerando la EP como un estado premórbido de la DEP, en el presente trabajo se van a analizar los numerosos problemas de la conducción en esta etapa, que afectan principalmente a la esfera cognitiva, visual y motora (Uc y Rizzo, 2008). Los problemas de las personas con EP pueden suponer cierto riesgo, aunque existe controversia al respecto (Uc, Rizzo, Johnson, Emerson, Liu, Mills, Anderson y Dawson, 2011; Uc, Rizzo, Dastrup, Sparks, Dawson, 2009; UC, Rizzo, Anderson, Sparks, Rodnitzky y Dawson, 2007; Meindorfner, Körner Möller, Stiasny-Kolster, Oertel. Krüger, 2005). Sí parece claro que cometen menos errores que las personas con DEA (Grace et al., 2005). Pese a esto, los pacientes con EP se consideran peores conductores, lo que les lleva a reducir su tiempo de conducción y evitar las situaciones difíciles (Stolwyk, Scally Charlton, Bradshaw, Iansek, Georgiou-Karistianis, 2015; Crizzle y Myers, 2013).

Los pacientes con EP presentan problemas motores (discinesia o fluctuaciones motoras) que pueden producir un deficiente manejo de los pedales y ciertas dificultades en la medición de distancias

con otros coches (Stolwyk et al., 2006; Homann, Suppan, Crevenna, Ivanic y Ruzicka, 2003; Madeley, Hulley, Wildgust y Mindham, 1990). Por su parte, los problemas cognitivos parecen consistir en dificultades para usar la atención dividida, la percepción visual, la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas durante la conducción, provocando una peor calidad de la conducción, mayor dificultad para no salirse del carril, especialmente en curvas, frenadas precipitadas, indecisión en las intersecciones, así como problemas para adecuar la velocidad y aparcar (que empeorarán si se desarrolla una demencia) (Ranchet, Paire-Ficout, Uc, Bonnard, Sornette y Broussolle, 2013; Klimkeit, Bradshaw et al., 2009; Amick, Grace et al., 2007; Stolwyk, Triggs et al., 2006; Stolwyk, Charlton et al., 2006; Wood, Worringham et al., 2005). Estos errores parecen indicar problemas en todos los niveles del modelo de Michon (1985) (Ranchet, Paire-Ficout, Uc, Bonnard, Sornette y Broussolle, 2013; Klimkeit, Bradshaw, Charlton, Stolwyk y Georgiou-Karistianis, 2009).

Los problemas durante la conducción se pueden observar tiempo antes de que la demencia haga aparición, como se puede observar en las personas que sufren EP o en las personas con Deterioro Cognitivo Leve. En concreto, las personas con DCL presentan ciertos problemas para la conducción segura, como dificultades en toma de decisiones e interpretación del contexto (Hird, Egeto, Fischer, Naglie y Schweizer 2016). Al igual que los pacientes de EP, los pacientes de DCL presentan mejor conducción que personas con DEA, pero peor que un grupo normativo (Frittelli, Borghetti Iudice, Bonanni, Maestri, Tognoni, Pasquali y Iudice, 2009; Grace et al., 2005); de hecho, los pacientes con DCL parecen cometer el doble de errores durante la conducción que un grupo normativo (Hird, Vesely Fischer, Graham, Naglie y Schweizer, 2016), especialmente, aparecieron problemas en giros a la izquierda cuando había abundante tráfico y en el control del posicionamiento dentro del carril. Estos errores se acentuaron en un subtipo concreto, el DCL que afecta a múltiples dominios cognitivos (incluyendo la memoria), esto podría explicarse por problemas en la atención y las funciones ejecutivas (Kawano, Iwamoto Ebe, Suzuki, Hasegawa, Ukai, Umegaki, Iiaka y Ozaki, 2012).

A pesar de los errores que las personas con DCL pudiesen cometer durante la conducción, debido a la naturaleza no irremediabilmente degenerativa del DCL, se han desarrollado programas de mejora de la conducción que parecen presentar resultados positivos (Teasdale, Simoneau Simoneau, Hudon, Moszkowicz, Laurendeau, Germain Robitaille, Bherer, Duchesne y Hudon, 2016). Estudios como estos, donde la persona puede llegar a recuperar cierta capacidad de conducción, hacen reflexionar sobre hasta qué punto una persona con una demencia puede seguir conduciendo.

El cese de la conducción en personas con demencia

En 2001, el estudio de Taylor y Tripodes postulaba que en los veinte próximos años la sociedad se enfrentaría a un problema: la movilidad de las personas mayores con demencia. Y, ciertamente, esta cuestión parece estar más viva que nunca. El debate respecto al cese de la conducción en personas con demencia es un tema que gira en torno al punto exacto en el que la demencia convierte al conductor en un peligro real para sí mismo y el resto de conductores.

La incapacidad para conducir en personas con demencia severa o grave es un hecho; el problema aparece en personas que se encuentran en estadios tempranos de la demencia, donde también se han encontrado ciertos porcentajes de personas que todavía pueden conducir de forma segura (Rapoport, 2017; Mauri, Sinforiani, Cuzzoni, Bono y Zucchella, 2014; Odenheimer, 1993). Si la conducción es segura, ésta se convierte en una habilidad que ofrece libertad y autonomía, por lo que eliminarla supondría consecuencias en su autoestima, pudiendo avocar a depresión, soledad, aislamiento social y, en muchos casos, ser una carga añadida a la familia, que conllevaría una peor calidad de vida del paciente (Chihuri, Mielenz, DiMaggio, Betz, DiGuseppi, Jones y Li, 2016; Windsor, Anstey, Butterworth, Luszcz y Andrews, 2007; Snyder, 2005; Marottoli et al., 2000). Por tanto, es necesario aplicar el máximo rigor a la hora de decidir el punto a partir del cual la persona no deberá seguir conduciendo.

La ley es clara respecto a la necesidad de cesar la conducción de un paciente con demencia (Real Decreto 818/2009, 2009), pero ésta presenta un vacío respecto al cuándo y cómo restringir esta conducta, es decir, el momento en el que la demencia es suficientemente incapacitante y las herramientas para evaluarlo (Pavón, 2016). Algunas investigaciones han apuntado que sería apropiado cesar cuando se detecten alteraciones en la atención, la orientación, las funciones ejecutivas o habilidades visuoespaciales (Peñas et al., 2016; Abellán, 2009). Tales alteraciones deberían ser evaluadas con herramientas que evaluaran el riesgo de colisión, pero ¿cuáles? Si se realiza una recopilación de la investigación, se puede observar que no existe ningún método válido por sí solo (Carr y O'Neill, 2015; Andrew et al., 2015; Brown y Ott, 2004; Lundberg et al., 1997), ya que los tests neuropsicológicos no parecen ofrecer una predicción fiable de la seguridad vial, los simuladores de conducción no han sido probados ampliamente, y los exámenes de conducir, aunque son respaldados por la mayoría de los

investigadores, están diseñados para conductores noveles (aunque algunos especialistas en Estados Unidos han desarrollado adaptaciones de estas pruebas).

Debido a la complejidad de la evaluación del cese de la conducción, parece necesario una alta colaboración interdisciplinaria con la intención usar el máximo número de herramientas posibles, sin embargo, la realidad podría no ser ésta (de Val, Rovira, Cívico y Domènech, 2017; Ávila, 2016; Carr y O'Neill, 2015). Actualmente, se consideran encargados del cese de la conducción a los médicos de atención primaria, aunque algunas voces reclaman la necesidad de incluir geriatras, terapeutas ocupacionales, así como una mayor implicación por parte de la organización oficial encargada de la conducción, la Dirección General de Tráfico (Peñas et al., 2016; Carter, Monaghan O'Brien, Teodorczuk, Mosimann y Taylor, 2014; O'Neill, 2010).

El método para realizar el cese que aplica el médico de atención primaria debe basarse en una notificación al paciente y sus familiares en persona, con tacto y un informe abundante en datos que evidencien de la necesidad de tal decisión (por escrito) (Lundberg et al., 1997). Sin embargo, cuando se expone la decisión, la mayoría de los pacientes autoevalúan sus cualidades para conducir como buenas, y, tras revocar el permiso de conducción, aproximadamente la mitad de los pacientes no comparten la decisión (Byszewski, Molnar y Aminzadeh, 2010; Perkinson, Berg-Weger, Carr, Meuser, Palmer, Buckles, Powlishta, Foley y Morris, 2005), e incluso algunos pacientes se niegan a dejar de conducir (Lovas et al., 2016; Erten-Lyons, 2008).

Una vez detectada la presencia de demencia, si aun no fuera necesario efectuar el cese, se deberían plantear re-evaluaciones periódicas cada seis meses, o antes si los cuidadores observan déficits en la conducción del paciente (Duchek et al., 2003). Durante este periodo donde aún no se cesa la conducción, pueden ser de gran ayuda estrategias para continuar conduciendo, como el acompañamiento de un miembro de la familia como copiloto (Shua-Haim y Gross, 1996). De forma transversal, se debe plantear el cese a la familia y al paciente (Breen, Breen, Moore, Breen y O'Neill, 2007).

A la hora de tomar la decisión de efectuar el cese es necesario realizar un proceso de toma de decisiones, para lo que puede ser útil el modelo de Michon (1985). Usar el citado modelo podría proporcionar una valoración individualizada de cada nivel, aumentando así la precisión de las predicciones sobre las habilidades del conductor; de hecho, una pormenorizada valoración del nivel estratégico y del nivel táctico podría ser, de acuerdo con O'Neill (2010), una buena herramienta para evitar futuros accidentes.

Tras el cese, las personas suelen pasar por tres etapas postuladas por Liddle Bennett, Allen, Lie, Standen y Pachana (2013), que son las siguientes: la etapa temprana, caracterizada por el estrés y el esfuerzo para mantener las cualidades de conducción; la etapa de crisis, donde la persona suele sufrir una crisis que le hace replantearse la conducción, y genera conductas para ajustarse a sus capacidades actuales, aunque termina con el cese; y la etapa post-cese, donde aparecen las consecuencias negativas del cese. Es en la primera etapa donde tienen cabida las intervenciones, basadas en informar y preparar al paciente, o a su familia, para mejorar la aceptación y la calidad de vida tras el cese (Andrew et al., 2015; Dobbs, Harper y Wood, 2009; Stern et al., 2008).

La forma de afrontar el cese parece variar en función del tipo de demencia ya que, por ejemplo, las personas con DFT no suelen aceptar el cese y las personas con DCLw o DEP suelen oponerse en menor medida a tal decisión (Lovas et al., 2016; Turk y Dugan, 2014). Por su parte, la familia puede plantear problemas ante el cese, especialmente los "cuidadores dependientes", que necesitan tal permiso para conducir del paciente porque es el único familiar cercano con permiso de conducir (Adler, Rottunda, Rasmussen y Kuskowski, 2000). Otras veces son los pacientes quienes provocan problemas como no usar el transporte público, una práctica habitual en personas cesadas que parece llevarles a sumirse en una peligrosa vorágine de aislamiento y falta de actividad (Taylor y Tripodes, 2001; Marottoli et al., 2000).

Conclusiones

1. Las demencias conforman un síndrome que altera las actividades de las personas que lo padecen, conllevando irremediamente una alta incapacidad por su naturaleza neurodegenerativa. Por su parte, la conducción se ha valorado como una acción que, pese a los enormes beneficios que proporciona como la libertad de movimiento y un fuerte impulso para la economía, ofrece una cara negativa usualmente mediada por la gran cantidad de procesos cognitivos de los que depende la conducción. En personas con demencia, estos procesos cognitivos estarían afectados, como ocurre con las funciones ejecutivas, lo que perjudica a la calidad de la conducción. Pero estos errores son solo un patrón general, ya que cabe presentar un matiz muy importante: la heterogeneidad.

2. La interacción entre conducción y las demencias implica comprender que cada tipo de demencia afecte de una forma diferente al paciente, influyendo de forma también diferencial en los procesos cognitivos. Esto se puede observar si se hace uso de modelos que explican la conducción en base a los procesos cognitivos (*teorías motivacionales*), que han sido usados en varias ocasiones con este objetivo.

3. Consecuencia de la alteración de los procesos cognitivos y de la naturaleza degenerativa de las demencias, se plantea uno de los debates centrales sobre cuándo efectuar el cese de la conducción que ha propiciado diferentes opiniones. El autor del presente estudio concluye que quizás esta decisión no deba guiarse por una pauta general, ya que la heterogeneidad de las demencias da una pista de lo interesante que supondría plantear un estudio idiosincrásico de cada caso. Independientemente de la postura adoptada es un hecho que el deterioro aparece precozmente, tal y como demuestran los estudios que investigan el déficit de la conducción en Enfermedad de Parkinson o Deterioro Cognitivo Leve.

4. Por la complejidad que entraña cada caso, la necesidad de realizar una evaluación individualizada y la falta de acuerdo ante tal evaluación, se podría concluir que una buena solución podría ser delegar la tarea de cesar a personas con demencia en un grupo interdisciplinar donde aparezcan médicos de atención primaria, geriatras, terapeutas ocupacionales y los grandes olvidados, los psicólogos. Esta postura, poco considerada por la mayoría de los autores, ha recogido el apoyo de algún estudio, que, como el autor del presente trabajo, plantea la necesidad de incluir a psicólogos en este grupo interdisciplinar, pues parece que son éstos quienes pueden ofrecer una opinión conciliadora de la cara biológica y social de esta problemática.

Algunas de las limitaciones del presente trabajo son las siguientes: la falta de estudios sobre demencias secundarias, demencia vascular y demencias mixtas, en relación con la conducción, que ha impedido una visión más completa. Por tanto, futuras investigaciones podrían ahondar en el estudio de la conducción en personas con demencia por cuerpos de Lewy, diferentes tipos de demencias secundarias, demencia vascular y demencia mixta. Además, podría ser útil investigar sobre los déficits neuropsicológicos que subyacen a los errores de conducción expuestos en el trabajo. Por otra parte, sería de gran interés cuantificar la utilidad de incluir psicólogos en los comités de decisión sobre el cese de personas con demencia, con el objetivo de mejorar la adaptación de estas personas a la nueva vida a la que se enfrentan tras el cese de la conducción.

Referencias

- Aarsland, D., & Janvin, C. (2008). Clinical aspects of Parkinson dementia. *Handbook of clinical neurology*, 89, 303-306.
- Aarsland, D., & Kurz, M. W. (2010). The epidemiology of dementia associated with Parkinson disease. *Journal of the neurological sciences*, 289(1), 18-22.
- Aarsland, D., Brønnick, K., Ehrt, U., De Deyn, P. P., Tekin, S., Emre, M., & Cummings, J. L. (2007). Neuropsychiatric symptoms in patients with Parkinson's disease and dementia: frequency, profile and associated care giver stress. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 78(1), 36-42.
- Aarsland, D., Bronnick, K., Williams-Gray, C., Weintraub, D., Marder, K., Kulisevsky, J., Burn, D., Barone, P., Pagonabarraga, J., Allcock, L., Santangelo, G., Foltynie, T., Janvin, C., Larsen, J. P., Barker, R. A., Emre, M. (2010). Mild cognitive impairment in Parkinson disease A multicenter pooled analysis. *Neurology*, 75(12), 1062-1069.
- Abellán, M., Agüera, L., Aguilar, M., Alcolea, D., Almenar, C., Amer, G., & Caja, C. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS. Núm, 7.
- Adler, G., Rottunda, S., Rasmussen, K., & Kuskowski, M. (2000). Caregivers dependent upon drivers with dementia. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6(1), 83-90.
- Alberca, R., & López-Pousa, S. (2011). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Panamericana.
- Albert, M. S. (2011). Changes in cognition. *Neurobiology of aging*, 32(1), S58-S63.
- Alladi, S., Mekala, S., Chadalawada, S. K., Jala, S., Mridula, R., & Kaul, S. (2011). Subtypes of dementia: a study from a memory clinic in India. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 32(1), 32-38.
- Allan, C. L., Behrman, S., Baruch, N., & Ebmeier, K. P. (2016). Driving and dementia: a clinical update for mental health professionals. *Evidence Based Mental Health*, 19(4), 110-113.
- Amick, M. M., Grace, J., & Ott, B. R. (2007). Visual and cognitive predictors of driving safety in Parkinson's disease patients. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(8), 957-967.
- Andrew, C., Traynor, V., & Iverson, D. (2015). An integrative review: understanding driving retirement decisions for individuals living with a dementia. *Journal of advanced nursing*, 71(12), 2728-2740.

- Ávila, J. (2016). *La demencia*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Ballard, C., Ziabreva, I., Perry, R., Larsen, J. P., O'Brien, J., McKeith, I., Perry, E., & Aarsland, D. (2006). Differences in neuropathologic characteristics across the Lewy body dementia spectrum. *Neurology*, 67(11), 1931-1934.
- Barber, R., Panikkar, A., & McKeith, I. (2001). Dementia with Lewy bodies: diagnosis and management. *International journal of geriatric psychiatry*, 16(1), S12-S18.
- Barberger-Gateau, P., & Fabrigoule, C. (1997). Disability and cognitive impairment in the elderly. *Disability and rehabilitation*, 19(5), 175-193.
- Barco, P. P., Baum, C. M., Ott, B. R., Ice, S., Johnson, A., Wallendorf, M., & Carr, D. B. (2015). Driving errors in persons with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(7), 1373-1380.
- Bassil, N., & Mollaei, C. (2012). Alzheimer's dementia: a brief review. *Le Journal médical libanais. The Lebanese medical journal*, 60(4), 192.
- Bennett, J. M., Chekaluk, E., & Batchelor, J. (2016). Cognitive tests and determining fitness to drive in dementia: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(9), 1904-1917.
- Beratis, I. N., Koros, C., Fragkiadaki, S., Kontaxopoulou, D., Pavlou, D., Yannis, G., & Papageorgiou, S. G. (2016). Driving performance in the frontotemporal dementia spectrum. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 23(1), 1-7.
- Berr, C., Wancata, J., & Ritchie, K. (2005). Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 463-471.
- Boer, E. R., & Hoedemaeker, M. (1998). *Modeling driver behavior with different degrees of automation*. En 17 th European Annual Conference on Human Decision Making and Manual Control.
- Bott, N. T., Radke, A., Stephens, M. L., & Kramer, J. H. (2014). Frontotemporal dementia: diagnosis, deficits and management. *Neurodegenerative Disorders Management*, 4(6), 439-454.
- Breen, D. A., Breen, D. P., Moore, J. W., Breen, P. A., & O'Neill, D. (2007). Driving and dementia. *British Medical Journal*, 334(7608), 1365-1369.
- Brooks, J. O., Goodenough, R. R., Crisler, M. C., Klein, N. D., Alley, R. L., Koon, B. L., Logan, W. C. Jr., Ogle, J. H., Tyrrell, R. A., Wills, R. F. (2010). *Simulator sickness during driving simulation studies. Accident Analysis & Prevention*, 42, 788-796.
- Burn, D. J. (2006). Cortical Lewy body disease and Parkinson's disease dementia. *Current opinion in neurology*, 19(6), 572-579.
- Byszewski, A. M., Molnar, F. J., & Aminzadeh, F. (2010). The impact of disclosure of unfitness to drive in persons with newly diagnosed dementia: patient and caregiver perspectives. *Clinical Gerontologist*, 33(2), 152-163.
- Carmody, J., Traynor, V., & Iverson, D. (2012). Dementia and driving: an approach for general practice. *Australian family physician*, 41(4), 230.
- Carr, D. B., & O'Neill, D. (2015). Mobility and safety issues in drivers with dementia. *International Psychogeriatrics*, 27(10), 1613-1622.
- Carr, D. B., & Ott, B. R. (2010). The older adult driver with cognitive impairment: "It's a very frustrating life". *Journal of the American Medical Association*, 303(16), 1632-1641.
- Carter, K., Monaghan, S., O'Brien, J., Teodorczuk, A., Mosimann, U., & Taylor, J. P. (2015). Driving and dementia: a clinical decision pathway. *International journal of geriatric psychiatry*, 30(2), 210-216.
- Chihuri, S., Mielenz, T. J., DiMaggio, C. J., Betz, M. E., DiGuseppi, C., Jones, V. C., & Li, G. (2016). Driving cessation and health outcomes in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 332-341.
- Comisión de las Comunidades Europeas (1997). *Promoción de la Seguridad Vial en la Unión Europea. Programa para 1997-2001*. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas.
- Cotrell, V., & Wild, K. (1999). Longitudinal study of self-imposed driving restrictions and deficit awareness in patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 13(3), 151-156.
- Cox, D. J., Quillian, W. C., Thorndike, F. P., Kovatchev, B. P., & Hanna, G. (1998). Evaluating driving performance of outpatients with Alzheimer disease. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 11(4), 264-271.
- Crizzle, A. M., & Myers, A. M. (2013). Examination of naturalistic driving practices in drivers with Parkinson's disease compared to age and gender-matched controls. *Accident Analysis & Prevention*, 50, 724-731.
- Cruz, C. M., & Bertolín, P. Z. (2006). Las estadísticas de la Dirección General de Tráfico. *Índice: Revista de Estadística y Sociedad*, 17, 10-11.

- Daigneault, G., Joly, P., & Frigon, J. Y. (2002). Executive functions in the evaluation of accident risk of older drivers. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(2), 221-238.
- Davey, D. A. (2014). Alzheimer's disease and vascular dementia: one potentially preventable and modifiable disease. Part I: pathology, diagnosis and screening. *Neurodegenerative Disease Management*, 4(3), 253.
- Dawson, J. D., Anderson, S. W., Uc, E. Y., Dastrup, E., & Rizzo, M. (2009). Predictors of driving safety in early Alzheimer disease. *Neurology*, 72(6), 521-527.
- De Simone, V., Kaplan, L., Patronas, N., Wassermann, E. M., & Grafman, J. (2006). Driving abilities in frontotemporal dementia patients. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 23(1), 1-7.
- De Val, A., Rovira, G., Cívico, R., & Domènech, M. (2017). Dementia and driving [Carta al editor]. *Revista española de geriatría y gerontología*, 52(2).
- De Winter, J. C. F., & Happee, R. (2012). Modelling driver behaviour: a rationale for multivariate statistics. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 13(5), 528-545.
- Devos, H., Vandenberghe, W., Nieuwboer, A., Tant, M., Baten, G., & De Weerd, W. (2007). Predictors of fitness to drive in people with Parkinson disease. *Neurology*, 69(14), 1434-1441.
- Dirección General de Tráfico (2011). *Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020*. Madrid: *Dirección General de Tráfico*.
- Dobbs, B. M., Harper, L. A., & Wood, A. (2009). Transitioning from driving to driving cessation: the role of specialized driving cessation support groups for individuals with dementia. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 25(1), 73-86.
- Drazkowski, J. F. & Sirven, J. I. (2011). Driving and neurologic disorders. *Neurology*, 76(7), 44-9.
- Duchek, J. M., Carr, D. B., Hunt, L., Roe, C. M., Xiong, C., Shah, K., & Morris, J. C. (2003). Longitudinal driving performance in early-stage dementia of the Alzheimer type. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1342-1347.
- Duchek, J. M., Hunt, L., Ball, K., Buckles, V., & Morris, J. C. (1998). Attention and driving performance in Alzheimer's disease. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(2), 130-P141.
- Dugan, E., & Lee, C. M. (2013). Biopsychosocial risk factors for driving cessation findings from the health and retirement study. *Journal of aging and health*, 25(8), 1313-1328.
- Dugan, E., Barton, K. N., Coyle, C., & Lee, C. M. (2013). US policies to enhance older driver safety: A systematic review of the literature. *Journal of aging & social policy*, 25(4), 335-352.
- Eby, D. W., Silverstein, N. M., Molnar, L. J., LeBlanc, D., & Adler, G. (2012). Driving behaviors in early stage dementia: a study using in-vehicle technology. *Accident Analysis & Prevention*, 49, 330-337.
- Emre, M. (2003). Dementia associated with Parkinson's disease. *The Lancet Neurology*, 2(4), 229-237.
- Eramudugolla, R., Price, J., Chopra, S., Li, X., & Anstey, K. J. (2016). Comparison of a Virtual Older Driver Assessment with an On-Road Driving Test. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(12), e253.
- Erten-Lyons, D. (2008). When should patients with Alzheimer disease stop driving?. *Neurology*, 70(14), e45-47.
- Ferretti, L., McCurry, S. M., Logsdon, R., Gibbons, L., & Teri, L. (2001). Anxiety and Alzheimer's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 14(1), 52-58.
- Foltnie, T., Brayne, C. E., Robbins, T. W., & Barker, R. A. (2004). The cognitive ability of an incident cohort of Parkinson's patients in the UK. The CamPaIGN study. *Brain*, 127(3), 550-560.
- Frittelli, C., Borghetti, D., Iudice, G., Bonanni, E., Maestri, M., Tognoni, G., Pasquali, L., & Iudice, A. (2009). Effects of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment on driving ability: a controlled clinical study by simulated driving test. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(3), 232-238.
- Fujito, R., Kamimura, N., Ikeda, M., Koyama, A., Shimodera, S., Morinobu, S., & Inoue, S. (2016). Comparing the driving behaviours of individuals with frontotemporal lobar degeneration and those with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, 16(1), 27-33.
- Fuller, R. (2005). Towards a general theory of driver behaviour. *Accident Analysis and Prevention*, 37(3), 461-472.
- Galimberti, D., Dell'Osso, B., Altamura, A. C., & Scarpini, E. (2015). Psychiatric symptoms in frontotemporal dementia: epidemiology, phenotypes, and differential diagnosis. *Biological psychiatry*, 78(10), 684-692.
- García-Ptacek, S., & Kramberger, M. G. (2016). Parkinson Disease and Dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29(5), 261-270.
- Ghosh, S., & Lippa, C. F. (2013). Clinical Subtypes of Frontotemporal Dementia. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 30(7), 653.

- Gibson, J. J. and Crooks, L. E. (1938). A theoretical field-analysis of automobile-driving. *The American Journal of Psychology*, 51(3), 453–471.
- Giebel, C. M., Sutcliffe, C., & Challis, D. (2017). Hierarchical Decline of the Initiative and Performance of Complex Activities of Daily Living in Dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30(2), 96-103.
- Gill, D. P., Hubbard, R. A., Koepsell, T. D., Borrie, M. J., Petrella, R. J., Knopman, D. S., & Kukull, W. A. (2013). Differences in rate of functional decline across three dementia types. *Alzheimer's & Dementia*, 9(5), S63-S71.
- Ginesi, L., Jenkins, C., & Keenan, B. (2016a). How dementia differs from normal ageing. *Nursing times*, 112(24), 12.
- Goodman, R. A., Lochner, K. A., Thambisetty, M., Wingo, T. S., Posner, S. F., & Ling, S. M. (2017). Prevalence of dementia subtypes in United States Medicare fee-for-service beneficiaries, 2011–2013. *Alzheimer's & Dementia*, 13(1), 28-37.
- Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. E. E. A., Ogar, J. M., Rohrer, J. D., Black, S., Boeve, B. F., Dronkers, N. F., Vandenberghe, R., Rascovsky, K., Patterson, K., Miller, B. L., Knopman, D. S., Hodges, J. R., Mesulam, M. M., Grossman, M., & Manes, F. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76(11), 1006-1014.
- Grace, J., Amick, M. M., D'abreu, A., Festa, E. K., Heindel, W. C., & Ott, B. R. (2005). Neuropsychological deficits associated with driving performance in Parkinson's and Alzheimer's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11(06), 766-775.
- Haight, F.A., 1964. Accident proneness, the history of an idea. *Automobilismo e Autombolismo Industriale*, 12(2), 534–546.
- Hallam, B. J., Silverberg, N. D., LaMarre, A. K., Mackenzie, I. R., & Feldman, H. H. (2008). Clinical presentation of prodromal frontotemporal dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(6), 456-467.
- Hanagasi, H. A., Tufekcioglu, Z., & Emre, M. (2017). Dementia in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 374, 26-31.
- Hird, M. A., Egeto, P., Fischer, C. E., Naglie, G., & Schweizer, T. A. (2016). A systematic review and meta-analysis of on-road simulator and cognitive driving assessment in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's disease*, 53(2), 713-729.
- Hird, M. A., Vesely, K. A., Fischer, C. E., Graham, S. J., Naglie, G., & Schweizer, T. A. (2016). Investigating simulated driving errors in amnesic single-and multiple-domain mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's disease*, (Preprint), 1-6.
- Hollis, A. M., Duncanson, H., Kapust, L. R., Xi, P. M., & O'connor, M. G. (2015). Validity of the Mini-Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment in the Prediction of Driving Test Outcome. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(5), 988-992.
- Homann, D. D. C., Suppan, K., Homann, B., Crevenna, R., Ivanic, G., & Ruzicka, E. (2003). Driving in Parkinson's disease: a health hazard?. *Journal of neurology*, 250(12), 1439-1446.
- Hunt, L. A., Murphy, C. F., Carr, D., Duchek, J. M., Buckles, V., & Morris, J. C. (1997). Reliability of the Washington University Road Test: a performance-based assessment for drivers with dementia of the Alzheimer type. *Archives of neurology*, 54(6), 707-712.
- Ikeda, M., Ishikawa, T., & Tanabe, H. (2004). Epidemiology of frontotemporal lobar degeneration. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 17(4), 265-268.
- Iverson, D. J., Gronseth, G. S., Reger, M. A., Classen, S., Dubinsky, R. M., & Rizzo, M. (2010). Practice parameter update: evaluation and management of driving risk in dementia report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 74(16), 1316-1324.
- Reger, M. A., Welsh, R. K., Watson, G. S., Cholerton, B., Baker, L. D., & Craft, S. (2004). The Relationship between Neuropsychological Functioning and Driving Ability in Dementia. *Neuropsychology*, 18(1), 85-93.
- Jellinger, K. A., & Attems, J. (2010). Prevalence of dementia disorders in the oldest-old: an autopsy study. *Acta neuropathologica*, 119(4), 421-433.
- Johansson, K., & Lundberg, C. (1997). The 1994 International Consensus Conference on Dementia and Driving: a brief report. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 11(1), 62-69.
- Johnson, D. K., Storandt, M., Morris, J. C., & Galvin, J. E. (2009). Longitudinal study of the transition from healthy aging to Alzheimer disease. *Archives of neurology*, 66(10), 1254-1259.
- Johnson, J. K., Diehl, J., Mendez, M. F., Neuhaus, J., Shapira, J. S., Forman, M., Chute, M. D., Roberson, E. D., Pace-Savitsky, C., Neumann, M., Rosen, H. J., Forstl, H., Kurz, A., Miller, B., L., & Chow,

- T. W. (2005). Frontotemporal lobar degeneration: demographic characteristics of 353 patients. *Archives of neurology*, 62(6), 925-930.
- Johnson, N., Barion, A., Rademaker, A., Rehkemper, G., & Weintraub, S. (2004). The Activities of Daily Living Questionnaire: a validation study in patients with dementia. *Alzheimer disease & associated disorders*, 18(4), 223-230.
- Jonah, B. A., Thiessen, R., & Au-Yeung, E. (2001). Sensation seeking, risky driving and behavioral adaptation. *Accident Analysis & Prevention*, 33(5), 679-684.
- Kalaria, R. N., & Erkinjuntti, T. (2006). Small vessel disease and subcortical vascular dementia. *Journal of Clinical Neurology*, 2(1), 1-11.
- Kaszniak, A. W., Keyl, P. M., & Albert, M. S. (1991). Dementia and the older driver. *Human Factors*, 33(5), 527-537.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 721-727.
- Kawano, N., Iwamoto, K., Ebe, K., Suzuki, Y., Hasegawa, J., Ukai, K., Umegaki, H., Iiaka, T., & Ozaki, N. (2012). Effects of mild cognitive impairment on driving performance in older drivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(7), 1379-1381.
- Klimkeit, E. I., Bradshaw, J. L., Charlton, J., Stolwyk, R., & Georgiou-Karistianis, N. (2009). Driving ability in Parkinson's disease: current status of research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(3), 223-231.
- Krishnasamy, C. & Unsworth, C. A. (2011). Normative data, preliminary inter-rater reliability and predictive validity of the Drive Home Maze Test. *Clinical Rehabilitation*, 25(1), 88-95.
- Laforce, R. (2013). Behavioral and language variants of frontotemporal dementia: a review of key symptoms. *Clinical neurology and neurosurgery*, 115(12), 2405-2410.
- Larrieu, S., Letenneur, L., Orgogozo, J. M., Fabrigoule, C., Amieva, H., Le Carret, N., Barberger-Gateau, P., & Dartigues, J. F. (2002). Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population-based prospective cohort. *Neurology*, 59(10), 1594-1599.
- Levey, A., Lah, J., Goldstein, F., Steenland, K., & Bliwise, D. (2006). Mild cognitive impairment: an opportunity to identify patients at high risk for progression to Alzheimer's disease. *Clinical therapeutics*, 28(7), 991-1001.
- Liddle, J., Bennett, S., Allen, S., Lie, D. C., Standen, B., & Pachana, N. A. (2013). The stages of driving cessation for people with dementia: needs and challenges. *International Psychogeriatrics*, 25(12), 2033-2046.
- Liu, A., & Salvucci, D. (2001). Modeling and prediction of human driver behavior. En *Proceedings of the Ninth International Conference on Human-Computer Interaction*.
- Liu, K. P. Y., Chan, C. C. H., Chu, M. M. L., Ng, T. Y. L., Chu, L. W., Hui, F. S. L., Yuen, H. K. & Fisher, A. G. (2007). Activities of daily living performance in dementia. *Acta neurologica scandinavica*, 116(2), 91-95.
- Lopes, M. A., Hototian, S. R., Reis, G. C., Elkis, H., & Bottino, C. M. D. C. (2007). Systematic review of dementia prevalence- 1994 to 2000. *Dementia & Neuropsychologia*, 1(3), 230-240.
- Lovas, J., Fereshtehnejad, S. M., Cermakova, P., Lundberg, C., Johansson, B., Johansson, K., Winblad, B., Eriksdotter, M., & Religa, D. (2016). Assessment and reporting of driving fitness in patients with dementia in clinical practice: data from SveDem, the Swedish Dementia Registry. *Journal of Alzheimer's disease*, 53(2), 631-638.
- Lundberg, C., Johansson, K., Ball, K., Bjerre, B., Blomqvist, C., Braekhus, A., Brouwer, W. H., Bylisma, F. W., Carr, D. C., Englund, L., Friedland, R. P., Hakamies-Blomqvist, L., Klemetz, G., O'Neill, D., Odemhimer, G. L., Rizzo, M., Schelin, M., Seideman, M., Tallman, K., Viitanen, M., Waller, P. F., Winblad, B. (1997). Dementia and driving: an attempt at consensus. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 11(1), 28-37.
- Madeley, P., Hulley, J. L., Wildgust, H., & Mindham, R. H. (1990). Parkinson's disease and driving ability. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 53(7), 580-582.
- Mahendra, B. (2012). *Dementia: a survey of the syndrome of dementia*. Springer Science & Business Media: London.
- Man-Son-Hing, M., Marshall, S. C., Molnar, F. J., & Wilson, K. G. (2007). Systematic review of driving risk and the efficacy of compensatory strategies in persons with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 878-884.
- Marottoli, R. A., de Leon, C. F. M., Glass, T. A., Williams, C. S., Cooney, L. M., & Berkman, L. F. (2000). Consequences of driving cessation decreased out-of-home activity levels. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(6), S334-S340.

- Martin, A. J., Marottoli, R., & O'Neill, D. (2013). Driving assessment for maintaining mobility and safety in drivers with dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(8).
- Martyr, A. & Clare, L. (2012). Executive function and activities of daily living in Alzheimer's disease: a correlational meta-analysis. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 33(2-3), 189-203.
- Mauri, M., Sinforiani, E., Cuzzoni, M. G., Bono, G., & Zucchella, C. (2014). Driving habits in patients with dementia: a report from Alzheimer's disease assessment units in northern Italy. *Functional neurology*, 29(2), 107.
- McKeith, I. G. (2002). Dementia with Lewy bodies. *British Journal of Psychiatry*, 180(2), 144-147.
- McKeith, I. G., Dickson, D. W., Lowe, J., Emre, M., O'Brien, J. T., Feldman, H., Comings, J., Duda, J. E., Lippa, C., Perry, E. K., Aarsland, D., Arai, H., Ballard, C. G., Boeve, B., Burn, D. J., Costa, D., Del Ser, T., Dubois, B., Galasko, D., Gauthier, S., Goetz, C. G., Gomez-Tortosa, E., Halliday, G., Hansen, L. A., Hardy, J., Iwatsubo, T., Kalaria, R., N., Kaufer, D., Kenny, R. A., Korczyn, A., Kosaka, K., Lee, C. M., Lees, A., Litvan, I., Londos, E., Lopez, O. L., Minoshima, S., Mizuno, Y., Molina, J. A., Mukaetova-Ladinska, E. B., Pasquier, F., Perry, R. H., Schulz, J. B., Trojanowski, J. Q., & Yamada, M. (2005). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies third report of the DLB consortium. *Neurology*, 65(12), 1863-1872.
- McKeith, I., Mintzer, J., Aarsland, D., Burn, D., Chiu, H., Cohen-Mansfield, J., Dickson, D., Dubois, B., Duda, J. E., Feldman, H., Gauthier, S., Halliday, G., Lawlor, B., Lippa, C., Lopez, O. L., Carlos Machado, J., O'Brien, J., Playfer, J. & Reid, W. (2004). Dementia with Lewy bodies. *The Lancet Neurology*, 3(1), 19-28.
- Meindorfner, C., Körner, Y., Möller, J. C., Stiasny-Kolster, K., Oertel, W. H., & Krüger, H. P. (2005). Driving in Parkinson's disease: mobility, accidents, and sudden onset of sleep at the wheel. *Movement Disorders*, 20(7), 832-842.
- Michon, J. A. (1985). A critical view of driver behavior models: what do we know, what should we do? En: Evans, L. y Schwing, R. C., *Human behavior and traffic safety* (485-520). New York: Plenum.
- Miller, B. L., Darby, A., Benson, D. F., Cummings, J. L., & Miller, M. H. (1997). Aggressive, socially disruptive and antisocial behaviour associated with fronto-temporal dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 170(2), 150-154.
- Ministerio del Interior de España del Gobierno de España (2017). Balance de Seguridad Vial 2016: los accidentes de tráfico se cobran la vida de 1.160 personas durante el año pasado [Nota de Prensa]. Extraído de <http://www.dgt.es/es/prensa/notas-de-prensa/2017/20170103-Los-accidentes-de-trafico-se-cobran-la-vida-de-1160-personas-durante-el-anio-pasado.shtml>.
- Ministerio del Interior del Gobierno de España (2016). Balance de Seguridad Vial 2015: nuevo mínimo histórico en el número de víctimas mortales por accidente desde 1960 [Nota de Prensa]. Extraído de <http://www.dgt.es/es/prensa/notas-de-prensa/2016/20160104-nuevo-minimo-historico-numero-victimas-mortales-accidente-desde-1960.shtml>.
- Mocellin, R., Scholes, A., Walterfang, M., Looi, J. C., & Velakoulis, D. (2015). Clinical update on fronto-temporal dementia: diagnosis and treatment. *Australasian Psychiatry*, 23(5), 481-487.
- Molano, J. R. V. (2013). Dementia with Lewy bodies. *Seminars in neurology*, 33(4), 330-335.
- Molnar, F. J., Patel, A., Marshall, S. C., Man-Son-Hing, M., & Wilson, K. G. (2006). Systematic review of the optimal frequency of follow-up in persons with mild dementia who continue to drive. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 20(4), 295-297.
- Montoro, L., Alonso, F., Esteban, C., & Toledo, F. (2000). *Manual de seguridad vial: El factor humano*. Barcelona: Ariel-INTRAS.
- Morris, J. C., Storandt, M., Miller, J. P., McKeel, D. W., Price, J. L., Rubin, E. H., & Berg, L. (2001). Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. *Archives of neurology*, 58(3), 397-405.
- Mosimann, U. P., Mather, G., Wesnes, K. A., O'Brien, J. T., Burn, D. J., & McKeith, I. G. (2004). Visual perception in Parkinson disease dementia and dementia with Lewy bodies. *Neurology*, 63(11), 2091-2096.
- Mosimann, U. P., Rowan, E. N., Partington, C. E., Collerton, D., Littlewood, E., O'Brien, J. T., Burn, D. J., & McKeith, I. G. (2006). Characteristics of visual hallucinations in Parkinson disease dementia and dementia with lewy bodies. *The American journal of geriatric psychiatry*, 14(2), 153-160.
- Mrak, R. E., & Griffin, W. S. T. (2007). Dementia with Lewy bodies: definition, diagnosis, and pathogenic relationship to Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 3(5), 619-635.
- Murray, M. E., Graff-Radford, N. R., Ross, O. A., Petersen, R. C., Duara, R., & Dickson, D. W. (2011). Neuropathologically defined subtypes of Alzheimer's disease with distinct clinical characteristics: a retrospective study. *The Lancet Neurology*, 10(9), 785-796.

- Nagahama, Y., Okina, T., Suzuki, N., & Matsuda, M. (2010). Neural correlates of psychotic symptoms in dementia with Lewy bodies. *Brain*, 133(2), 557-567.
- Nitrini, R. & Dozzi-Brucki, S. M. (2012). Demencia: definición y clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 75-98.
- Nordberg, A. (2015). Dementia in 2014: towards early diagnosis in Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*, 11(2), 69-70.
- O'Neill, D. (2010). Deciding on driving cessation and transport planning in older drivers with dementia. *European Geriatric Medicine*, 1(1), 22-25.
- OMS (2013). Demencia: una prioridad de salud pública. *Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, World Health Organization*.
- Ott, B. R. & Daiello, L. A. (2010). How does dementia affect driving in older patients? *Aging health*, 6(1), 77-85.
- Ott, B. R., Heindel, W. C., Papandonatos, G. D., Festa, E. K., Davis, J. D., Daiello, L. A., & Morris, J. C. (2008). A longitudinal study of drivers with Alzheimer disease. *Neurology*, 70(14), 1171-1178.
- Ott, B. R., Papandonatos, G. D., Davis, J. D., & Barco, P. P. (2012). Naturalistic validation of an on-road driving test of older drivers. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 54(4), 663-674.
- Padovani, A., Costanzi, C., Gilberti, N., & Borroni, B. (2006). Parkinson's disease and dementia. *Neurological Sciences*, 27(1), S40-S43.
- Panou, M., Bekiaris, E., & Papakostopoulos, V. (2007). Modelling driver behaviour in european union and international projects. En T. Vaa, *Modelling driver behaviour in automotive environments* (3-25). London: Springer.
- Parasuraman R. & Nestor P. G. (1991). Attention and driving skills in aging and Alzheimer's disease. *Human Factors*, 33(5), 539-57.
- Pasquier, F., & Petit, H. (1997). Frontotemporal dementia: its rediscovery. *European neurology*, 38(1), 1-6.
- Passant, U., Elfgrén, C., Englund, E., & Gustafson, L. (2005). Psychiatric symptoms and their psychosocial consequences in frontotemporal dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 19(1), S15-S18.
- Pavón, J. G. (2016). Cognición y conducción: una realidad que afecta a todos. *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 51(3), 130-131.
- Peñas, L. B., Mas, T. R., & Panicot, J. E. (2016). Conducción y demencia: análisis de casos en una unidad de diagnóstico de trastornos cognitivos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(3), 150-153.
- Perkinson, M. A., Berg-Weger, M. L., Carr, D. B., Meuser, T. M., Palmer, J. L., Buckles, V. D., Powlishta K.K., Foley D.J. & Morris, J. C. (2005). Driving and dementia of the Alzheimer type: beliefs and cessation strategies among stakeholders. *The Gerontologist*, 45(5), 676-685.
- Peters, F., Ergis, A. M., Gauthier, S., Dieudonné, B., Verny, M., Jolicoeur, P., & Belleville, S. (2012). Abnormal temporal dynamics of visual attention in Alzheimer's disease and in dementia with Lewy bodies. *Neurobiology of aging*, 33(5), 1012.e1-1012.e10.
- Petersen, R. C. (2003). *Mild cognitive impairment: aging to Alzheimer's disease*. New York: Oxford University Press.
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 10(1), 9-28.
- Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., Rutchie, K., Rossor, M., Thal, L., & Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of neurology*, 58(12), 1985-1992.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of neurology*, 56(3), 303-308.
- Piersma, D., de Waard, D., Davidse, R., Tucha, O., & Brouwer, W. (2016). Car drivers with dementia: different complications due to different etiologies? *Traffic injury prevention*, 17(1), 9-23.
- Piguet, O., Hornberger, M., Mioshi, E., & Hodges, J. R. (2011). Behavioural-variant frontotemporal dementia: diagnosis, clinical staging, and management. *The Lancet Neurology*, 10(2), 162-172.
- Pinel, P. (1962). *Treatise on Insanity (1806)*. New York: Hafner.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75.

- Qiu, C., Kivipelto, M., & von Strauss, E. (2009). Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 11(2), 111-128.
- Ranchet, M., Broussolle, E., Poisson, A. & Paire-Ficout, L. (2012). Relationships between cognitive functions and driving behavior in Parkinson's disease. *European Neurology*, 68(2), 98-107.
- Ranchet, M., Paire-Ficout, L., Uc, E. Y., Bonnard, A., Sornette, D., & Broussolle, E. (2013). Impact of specific executive functions on driving performance in people with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 28(14), 1941-1948.
- Ranney, T. A. (1994). Models of driving behavior: a review of their evolution. *Accident Analysis and Prevention*, 26(6), 733-750.
- Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., Mendez, M. F., Kramer, J. H., Neuhaus, J., van Swieten, C. J., Seelaar, H., Dopper, E. G. P., Onyike, C. U., Hillis, A. E., Josephs, K. A., Boeve, F., Kertesz, A., Seeley, W. W., Rankin, K., Johnson, J., Gorno-Tempini, M., Rosen, H., Prigleau-Latham, C., Lee, A., Kipps, C., Lillo, P., Piguet, O., Rohrer, J. D., Rossor, M., Warren, J., Fox, N. C., Galasko, D., Salmon, D. P., Black, S. E., Mesulam, M., Weintraub, S., Dickerson, B. C., Diehl, J., Pasquier, F., Deramecourt, V., Lebert, F., Pijnenburg, Y., Chow, T. W., Manes, F., Grafman, J., Cappa, S. F., Freedman, M., Grossman, M., & Miller, B. L. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*, 134(9), 2456-2477.
- Ratnavalli, E., Brayne, C., Dawson, K., & Hodges, J. R. (2002). The prevalence of frontotemporal dementia. *Neurology*, 58(11), 1615-1621.
- Schanke, A. K. & Sundet, K., (2000). Comprehensive driving assessment: neuropsychological testing and on road evaluation of brain injured patients. *Scandinavian Journal Psychology*, 41(2), 113-21.
- Shua-Haim, J. R., Shua-Haim, V., & Ross, J. S. (1999). The "Co-pilot driver syndrome": a newly-reported driving habit in patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14(2), 88-92.
- Sjögren, M., & Andersen, C. (2006). Frontotemporal Dementia: a brief review. *Mechanisms of ageing and development*, 127(2), 180-187.
- Smith, E. E., O'donnell, M., Dagenais, G., Lear, S. A., Wielgosz, A., Sharma, M., Poirier, P., Stotts, G., Black, S. E., Strother, S., Benavente, O., Modi, J., Goyal, M., Batool, S., Sanchez, K., Hill, V., McCreary, C. R., Frayne, R., Islam, S., DeJesus, J., Rangarajan, S., Teo, K., Yusuf, S., & Noseworthy, M. D. (2015). Early cerebral small vessel disease and brain volume, cognition, and gait. *Annals of neurology*, 77(2), 251-261.
- Stalvey, B. T., Owsley, C., Sloane, M. E., & Ball, K. (1999). The Life Space Questionnaire: a measure of the extent of mobility of older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 18(4), 460-478.
- Stern, R. A., D'Ambrosio, L. A., Mohyde, M., Carruth, A., Tracton-Bishop, B., Hunter, J. C., Daneshvar, D. H., & Coughlin, J. F. (2008). At the crossroads: development and evaluation of a dementia caregiver group intervention to assist in driving cessation. *Gerontology & geriatrics education*, 29(4), 363-382.
- Stolwyk, R. J., Charlton, J. L., Triggs, T. J., Iansek, R., & Bradshaw, J. L. (2006). Neuropsychological function and driving ability in people with Parkinson's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28(6), 898-913.
- Stolwyk, R. J., Scally, K. A., Charlton, J. L., Bradshaw, J. L., Iansek, R., & Georgiou-Karistianis, N. (2015). Self-Regulation of Driving Behavior in People with Parkinson Disease. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 28(2), 80-91.
- Stolwyk, R. J., Triggs, T. J., Charlton, J. L., Moss, S., Iansek, R., & Bradshaw, J. L. (2006). Effect of a concurrent task on driving performance in people with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 21(12), 2096-2100.
- Svennerholm, L., & Gottfries, C. G. (1994). Membrane lipids, selectively diminished in alzheimer brains, suggest synapse loss as a primary event in early-onset form (type I) and demyelination in late-onset form (type II). *Journal of neurochemistry*, 62(3), 1039-1047.
- Taylor, B. D., & Tripodes, S. (2001). The effects of driving cessation on the elderly with dementia and their caregivers. *Accident Analysis & Prevention*, 33(4), 519-528.
- Teasdale, N., Simoneau, M., Hudon, L., Moszkowicz, T., Laurendeau, D., Germain Robitaille, M., Bherer, L., Duchesne, S., & Hudon, C. (2016). Drivers with Amnesic Mild Cognitive Impairment Can Benefit from a Multiple-Session Driving Simulator Automated Training Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(9).
- Tena-Sánchez, J. (2015). Estrategias de Diseño Institucional y Cumplimiento. El Caso de las Nuevas Políticas de Seguridad Vial en España. *Sortuz: Oñati Journal of Emergent Socio-Legal Studies*, 7(2), 1-19.

- Tortosa, F., & Montoro, L. (2002). La psicología aplicada a la selección de conductores. Cien años salvando vidas. *Psicothema*, 14(4), 714-725.
- Turk, K., & Dugan, E. (2015). Driving with lewy body dementia and parkinson's disease: a review of the current literature. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 11(7), 582.
- Turk, K., & Dugan, E. (2014). Research brief: a literature review of frontotemporal dementia and driving. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 29(5), 404-408.
- Uc, E. Y., & Rizzo, M. (2008). Driving and neurodegenerative diseases. *Current neurology and neuroscience reports*, 8(5), 377-383.
- Uc, E. Y., Rizzo, M., Anderson, S. W., Dastrup, E., Sparks, J. D. & Dawson, J. D. (2009). Driving under low-contrast visibility conditions in Parkinson disease. *Neurology*, 73(14), 1103-1110.
- Uc, E. Y., Rizzo, M., Anderson, S. W., Sparks, J. D., Rodnitzky, R. L., & Dawson, J. D. (2007). Impaired navigation in drivers with Parkinson's disease. *Brain*, 130(9), 2433-2440.
- Uc, E. Y., Rizzo, M., Johnson, A. M., Emerson, J. L., Liu, D., Mills, E. D., Anderson, S.W., & Dawson, J. D. (2011). Real-life driving outcomes in Parkinson disease. *Neurology*, 76(22), 1894-1902.
- Wadley, V. G., Okonkwo, O., Crowe, M., Vance, D. E., Elgin, J. M., Ball, K. K., & Owsley, C. (2009). Mild cognitive impairment and everyday function: an investigation of driving performance. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 22(2), 87-94.
- Wallin, A., & Blennow, K. (1996). Clinical subgroups of the Alzheimer syndrome. *Acta Neurologica Scandinavica*, 94(165), 51-57.
- Ward, A., Arrighi, H. M., Michels, S., & Cedarbaum, J. M. (2012). Mild cognitive impairment: disparity of incidence and prevalence estimates. *Alzheimer's & Dementia*, 8(1), 14-21.
- Weiner, M. F., & Lipton, A. N. (2005). Demencias: investigación, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Masson.
- Wild, K., & Cotrell, V. (2003). Identifying driving impairment in Alzheimer disease: a comparison of self and observer reports versus driving evaluation. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 17(1), 27-34.
- Windsor, T. D., Anstey, K. J., Butterworth, P., Luszcz, M. A., & Andrews, G. R. (2007). The role of perceived control in explaining depressive symptoms associated with driving cessation in a longitudinal study. *The Gerontologist*, 47(2), 215-223.
- Wood, J. M., Worringham, C., Kerr, G., Mallon, K., & Silburn, P. (2005). Quantitative assessment of driving performance in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76(2), 176-180.
- Wood, J. N., & Grafman, J. (2003). Human prefrontal cortex: processing and representational perspectives. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(2), 139-147.
- Wood, J. N., Romero, S. G., Makale, M., & Grafman, J. (2003). Category-specific representations of social and nonsocial knowledge in the human prefrontal cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 15(2), 236-248.
- World Health Organization. Violence, Injury Prevention, & World Health Organization. (2013). *Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action*. World Health Organization.
- Yamin, S., Stinchcombe, A., & Gagnon, S. (2015). Driving competence in mild dementia with lewy bodies: in search of cognitive predictors using driving simulation. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2015.
- Zhang, Y., Xu, Y., Nie, H., Lei, T., Wu, Y., Zhang, L., & Zhang, M. (2012). Prevalence of dementia and major dementia subtypes in the Chinese populations: a meta-analysis of dementia prevalence surveys, 1980–2010. *Journal of Clinical Neuroscience*, 19(10), 1333-1337.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

Influencia de los videojuegos sobre la salud mental

Trabajo Fin de Grado de Humberto J. Nava Cruz,
tutorizado por Juan M. Manzanque

Resumen

Desde hace relativamente poco los videojuegos han empezado a formar parte de nuestras vidas como un primordial elemento de ocio. El presente Trabajo Fin de Grado analiza exhaustivamente los beneficios y daños que son capaces de ocasionar los videojuegos en la salud mental de las personas. La información recogida apunta en dos sentidos totalmente opuestos. Por un lado, estas plataformas de ocio son capaces de producir cambios actitudinales y comportamentales, fomentar mitos sexuales y denigrantes hacia la mujer, e incluso desarrollar trastornos de índole psiquiátrica. En el polo opuesto, se ha demostrado una faceta totalmente desconocida de los videojuegos, demostrando ser efectivos en el tratamiento de determinados trastornos como bulimia, depresión, autismo, estrés postraumático, TDAH, alcoholismo, e inclusive en el cáncer. Además, determinadas plataformas de videojuegos tales como los denominados 'Active Videogames' o 'avatares online' pueden ser consideradas potenciales herramientas complementarias a las terapias psicológicas tradicionales.

Palabras clave: videojuegos, salud mental, active videogame, avatar online.

Introducción

Desde la aparición de la industria de videojuegos es evidente que ha surgido un nuevo fenómeno en el ámbito de la Psicología que es digno de estudio. Este fenómeno ha ejercido una importante influencia a nivel cultural y social, llegando incluso a formar parte del estilo de vida en la gran mayoría de la población mundial. El objetivo de este Trabajo de Fin de Grado se basará principalmente en analizar las consecuencias, tanto positivas como negativas, que tiene el uso de los videojuegos sobre la salud mental. Es importante destacar que este trabajo no se centrará únicamente en una tipología de videojuego estándar, sino más bien, se tendrá en cuenta tanto la modalidad offline como online, para así poder hacer una exhaustiva diferenciación del grado de repercusión que pueden tener sobre la salud mental. Además, también se introducirán los videojuegos como potenciales herramientas terapéuticas, yendo más allá de su mera concepción como elemento de ocio.

Sería recomendable hacer una breve conceptualización sobre Salud Mental para dotar de cierta coherencia a este trabajo. Distintos autores la han definido como "un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad" (Muñoz, Restrepo y Cardona, 2016). Si bien es cierto que, desde los inicios de la medicina, siempre se ha concebido la salud mental desde la perspectiva del déficit o prestando atención a los aspectos negativos; en cambio, en la actualidad se está haciendo más referencia a lo que se denomina como Salud Mental Positiva (Restrepo y Jaramillo, 2012). En esta misma dirección, autores como Vaillant (2012) han identificado diversos componentes de la Salud Mental Positiva relacionadas con las fortalezas humanas tales como la madurez, el dominio de emociones positivas, la inteligencia socio-emocional, el bienestar subjetivo, y la capacidad de recuperación.

Siguiendo la línea de trabajo del párrafo anterior, también es importante definir el concepto de Juego desde diferentes perspectivas. En sus inicios, este concepto ya fue definido por el antropólogo holandés Huizinga (1938), en su libro *Homo Ludens*, como una actividad que se hace con toda libertad y consciencia, llevada a cabo en la vida ordinaria, que en ocasiones llega incluso a absorber al jugador en su totalidad. Se realiza sin tener en cuenta los intereses del sujeto, ni con intención de sacar alguna recompensa económica del mismo. Para complementar esta definición, otros autores como Rey (2010) hacen referencia a que se ha producido una transición del concepto de juego. Concretamente, hemos partido desde la perspectiva Jocus (juego de palabras) y hemos llegado a la perspectiva Ludus (juego en acción), y además, sugiere que es importante para el desarrollo del lenguaje y comunicación en la infancia. Este hecho fue ya relatado anteriormente en los escritos de nuestra pionera psicoanalista Mélanie Klein en 1932, partiendo de la premisa de que el juego tiene una importante función en el desarrollo psicológico infantil, considerándolo como un pilar fundamental en el aprendizaje sobre la permanencia de objetos y la conexión de los mismos.

Alrededor del campo de los videojuegos se está desarrollando un marco teórico respaldado con diferentes investigaciones que se expondrán a lo largo del trabajo. Concretamente, se está analizando la relación existente entre el hábito de jugar videojuegos y la repercusión que puede tener sobre la salud mental. Para ser más exactos, diversas investigaciones han demostrado la influencia positiva de los videojuegos sobre la salud mental, llegando a la conclusión de que el hábito de jugar videojuegos ejerce un papel motivador sobre las personas, promueve la educación, el entrenamiento y el desarrollo de habilidades específicas (Rygby y Ryan, 2011; Granic, Lobel y Engels, 2014), e incluso mejora la condición mental en diversos trastornos mentales (Lau, Smit, Fleming y Riper, 2017). Sin embargo, en el polo opuesto encontramos otras investigaciones que afirman lo contrario, es decir, que los videojuegos son perjudiciales para la salud mental de los individuos, que promueven comportamientos sociales inadaptados, mala educación, problemas financieros y consecuencias emocionales (Griffiths, Kuss y King, 2012; Pontes y Griffiths, 2014).

En el desarrollo de este trabajo de fin de grado se presenta una extensa revisión teórica, donde se ve reflejada toda la documentación e investigaciones disponibles hasta la actualidad. En dicha revisión se expondrá la prevalencia del fenómeno en la población, para así poder contemplar la proporción de personas que practican esta actividad de ocio hoy en día. Además, se hará referencia a los conceptos o los términos que utiliza la población que está habituada a jugar videojuegos. En este sentido se destacará la importancia que tiene que los psicoterapeutas tengan una breve noción sobre la cultura y terminología de los jugadores habituales, ya que pueden ser utilizarlos como potenciales herramientas terapéuticas, y así de esta manera poder idear tratamientos orientados a diversas patologías que se desarrollarán a lo largo de este trabajo. Además, se analizará el impacto que pueden tener los videojuegos, teniendo en cuenta si se juegan en plataformas conectadas a internet o simplemente se juegan en solitario. Por último, se expondrán una serie de conclusiones, prestando atención a los aspectos

que se han nombrado anteriormente, y dando diversos puntos de vista a tener en cuenta para futuras investigaciones en este campo de estudio.

Para finalizar esta parte introductoria haré referencia a una sabia frase del autor Benjamin Franklin enunciada en su libro "The Morals of Chess" (1800), donde da a entender que el ajedrez no es simplemente una actividad destinada al ocio, sino más bien que es un medio para poder desarrollar o fortalecer nuestras capacidades intelectuales, que en un futuro no muy lejano nos puede llegar a ser de gran utilidad. Esta frase puede ser extrapolable a este trabajo, partiendo de que generalmente las personas atribuyen características negativas a los videojuegos, y no se ve más allá de su uso habitual como elemento de ocio. En este sentido, a lo largo del trabajo se intentará analizar el potencial que pueden ejercer los videojuegos dentro del ámbito de la salud mental.

Fundamentación teórica

Prevalencia de las nuevas tecnologías

Desde el inicio de la era de los videojuegos, cuyas raíces se encuentran en las máquinas arcade con funcionamiento a través de monedas (Whalen y Taylor, 2008), se ha producido un inmenso avance en este campo, trasladándose a la televisión, ordenadores e internet (Cade y Gates, 2017). Concretamente, se ha evolucionado desde los gráficos en 2D diseñados para un solo jugador hasta llegar a gráficos más sofisticados, realistas y en 3D, que incluyen elementos relacionales y sociales tanto dentro como fuera del juego (Shaw, 2010).

Según estudios realizados por la "Entertainment Software Association" en 2015, más de 155 millones de americanos juegan con videojuegos, y 4 de cada 5 poseen algún dispositivo electrónico en sus hogares destinado al juego. Poco a poco, los videojuegos han ido cobrando fuerza en la vida adolescente y juvenil; concretamente, el 97% de la población estadounidense juega al menos una hora al día (Granic et al., 2014). En esta misma línea, se llevó a cabo una encuesta que refleja que el 42% de esta población juega, al menos 3 o más horas por semana (ESA, 2015). Además, el 91% tiene una edad comprendida entre 2 y 17 años (NPD Group, 2011). Si prestamos atención a la variable del género, se comprobó que un 99% de los varones hacen uso de estas plataformas. Sin embargo, el colectivo femenino no se queda atrás, mostrando un porcentaje similar a la población masculina equivalente al 94% (Lenhart et al., 2008). Posteriormente, se llegó a la conclusión de que el mercado femenino, que se ha incorporado recientemente en la industria de los videojuegos, está creciendo cada vez más (ESA, 2013). Un estudio reciente afirmó que el uso habitual de los videojuegos no es fiel a un único colectivo poblacional, sino más bien, es utilizado como medio de ocio por distintos grupos demográficos (ESA, 2015).

Dentro de la industria de los videojuegos se encuentran diversas modalidades de presentación de los mismos, entre las que destacan los 'smartphones', 'tablets', y ordenadores (Whalen y Taylor, 2008). En este sentido, se han realizado investigaciones que han tenido en cuenta este hecho, y se ha descubierto que el 97% de los jóvenes no se limita únicamente a hacer uso de las consolas convencionales, sino que más bien, utilizan otras plataformas destinadas al juego tales como ordenadores, internet, o móviles. Como consecuencia de este hecho, se ha comprobado que el 58% de la población estadounidense ha descargado aplicaciones de internet, tanto a sus teléfonos móviles como a sus 'tablets', con la finalidad de jugar (Fiellin, Hieftje y Duncan, 2014).

Tipología de videojuegos

Aspectos Generales

De forma general, el colectivo familiarizado con los videojuegos tiene su propia cultura conformada por términos específicos que se utilizan para denominar aspectos concretos del mundo virtual (Dini, 2012). Dentro de esta cultura se suele asignar el concepto 'Gamer' a aquellas personas que juegan videojuegos regularmente, al menos, más de una hora al día (Granic et al., 2014). Según Franco (2016), es interesante conocer la terminología que utilizan los 'gamers', ya que puede ser una herramienta terapéutica útil en las consultas psicológicas para conocer los valores, creencias y gustos de los pacientes. Además, Apperley (2006) sugiere que los jugadores habituales han creado sus propias abreviaciones para describir los géneros o los distintos tipos de juegos, que explicaremos a continuación.

Recientemente, Lis y sus colaboradores (2015) definieron los famosos juegos denominados 'RPG' o en otras palabras, 'Role-Playing Game', como un género que utiliza elementos de juegos de rol tradicionales, y consisten en mundos virtuales e imaginarios, donde la persona crea a un personaje, asignándole un rol o un papel concreto que deberá seguir a lo largo de su aventura. Cuando los RPGs se juegan de forma conjunta con otros jugadores se denominan 'MMORPG', que se caracterizan

por jugarse con una gran cantidad de personas mediante conexión a internet y están destinados a la exploración de extensos mundos fantásticos (Servais, 2015). Los mundos de estos juegos siguen existiendo y funcionando, estén o no conectados los jugadores a ellos (Young, 2009). Además, dentro de los MMORPGs se encuentra otro género denominado MOBA o 'Multiplayer Online Battle Arena', que consiste en una gran cantidad de jugadores que compiten entre sí, divididos por bandos y cuya estancia final es obtener la victoria mediante la cooperación en equipo, demostrando que son los mejores dentro del juego (Bertran y Chamarro, 2016).

Dentro de la industria de videojuegos también se puede encontrar otro género denominado 'Shooter' o 'FPS', que son aquellos jugados desde la perspectiva de primera persona, haciendo uso de armas de fuego y cuyo objetivo principal es derrotar a los adversarios (Cade y Gates, 2017). En contraste, el colectivo 'gamer' también hace uso de los famosos videojuegos del tipo 'Survivor Horror', que según Krzywinska (2015) consiste en una tipología clásica de videojuegos donde el jugador busca ser aterrorizado mediante la exploración de escenarios tétricos y perturbadores con escasa iluminación, música de ambiente terrorífica y en presencia de seres vivos sobrenaturales, siendo su última estancia la supervivencia.

En la actualidad, los investigadores están haciendo uso del término 'AVG' o Active Video Games. En este sentido, Oh y Yang (2010) fueron unos de los primeros en definirlos como "videojuegos que requieren actividad física para poder jugar". Posteriormente, otros autores destacaron ciertas características beneficiosas de esta nueva tipología de videojuegos en auge. Para ser más exactos, se ha demostrado que los 'AVGs' ayudan a las personas a crear hábitos saludables, realizar ejercicio regularmente, y así, evitar las consecuencias negativas del uso sedentario de los videojuegos en casa (Nurkkala, Kalerma y Jarvilehto, 2014). Además de estos beneficios, también se ha demostrado que el uso de AVGs produce beneficios a nivel cognitivo y emocional (Abdul y Felicia, 2015), tal y como se desarrollará en epígrafes posteriores.

Hoy en día los psicoterapeutas más modernistas están haciendo uso de un nuevo término denominado 'Serious Games', orientado a aquella tipología de videojuegos que no sólo están destinados al entretenimiento como objetivo principal (Michael y Chen, 2005), sino más bien, a aquella minoría diseñados exclusivamente para educar a los usuarios, entrenar tanto mental como físicamente, e incluso cambiar algún comportamiento desadaptativo por uno más saludable, y así, mejorar la calidad de vida de la persona (Stokes, 2005). A pesar de que los 'Serious Games' se puedan utilizar sin necesidad de utilizar aparatos electrónicos, en la actualidad se está prestando mayor atención a aquellos que requieren el uso de las nuevas tecnologías, tanto en la modalidad online como offline (Lau et al., 2017).

Modalidad offline versus online

Actualmente hay un gran variedad de videojuegos disponibles en múltiples plataformas que pueden ser jugados en solitario, o incluso acompañado de miles de jugadores en línea, ya sea cooperando o compitiendo entre sí (Granic et al., 2014). Se han descrito ciertas diferencias existentes entre los videojuegos offline y online, señalizando que los primeros tienen un final predeterminado, y como consecuencia de ello, llegará un momento en que se dejarán de jugar (Cade y Gates, 2017). Por el contrario, los segundos no tienen final alguno, y además se juegan acompañados de una inmensa cantidad de jugadores con los que se puede interaccionar, ya sea para competir o para cooperar entre sí, intentando obtener ciertos objetivos establecidos grupalmente (Király, Nagygyörgy, Griffiths y Demetrovics, 2014).

Recientemente en la quinta edición del DSM (American Psychiatric Association, 2013), se ha introducido un nuevo diagnóstico denominado 'Internet Gaming Disorder', como consecuencia de su alta prevalencia en la población. Sin embargo, debido al escaso respaldo empírico presente en la actualidad en torno a este tema, siguen habiendo, aún, controversias sobre la introducción de este trastorno en futuras ediciones del DSM (Griffiths, Király y Demetrovics, 2015; Griffiths et al., 2016). Esta edición sugiere que la práctica de juego patológico está relacionada con síndrome de abstinencia, sensación de pérdida de control y, además, se encuentran presentes conflictos asociados a áreas de trabajo, educación, o incluso en las propias relaciones sociales del sujeto. En esta misma dirección, diversos autores han añadido otras variables de la persona que pueden verse afectadas, tales como cogniciones, nivel de tolerancia experimentado, mayor probabilidad de recaída y sensación de decepción con uno mismo (King, Haagsma, Delfabbro, Gradisar y Griffiths, 2013).

En la última década se están llevando a cabo múltiples investigaciones que comparan las diversas modalidades de videojuegos: online y offline. Concretamente, un estudio ha demostrado que los problemas relacionados con los videojuegos están asociados en mayor medida a aquellos que se juegan con conexión a internet que a los que se juegan en solitario (Smohai et al., 2016). Además, también se prestó atención a las diferencias en género y se encontró que estas están más relacio-

nadas al género masculino que al femenino (Ferguson, Coulson y Barnett, 2011; Kuss y Griffiths, 2012; Lemmens y Hendriks, 2016).

En concordancia con los resultados obtenidos en los estudios citados anteriormente, distintos autores ya habían intentado explicar por qué la modalidad online es más adictiva y causa problemas más graves que la offline. Los argumentos presentados se basan en que este tipo de videojuegos ofrecen de manera continua nuevos retos y sensaciones, a través de la interacción social con otros usuarios (Smohai et al., 2017). Además, como consecuencia de invertir mucho tiempo con los demás miembros de la comunidad online, probablemente se generen vínculos emocionales con éstos, y a partir de ello se desvinculen de sus amistades en sus contextos sociales reales (Young, 2009). A raíz de este hecho, los amigos de la vida real reciben menos prioridad, lo cual se traduce en conflictos interpersonales, aislamiento social y soledad (Chappell, Eatough, Davies y Griffiths, 2006).

Consecuencias del uso de los videojuegos

Beneficios de los videojuegos

Autores como Cade y Gates (2017) afirman que se ha invertido mucho esfuerzo en prestar atención a la visión problemática o disfuncional de los videojuegos. Sin embargo, expresan que en la actualidad se están desarrollando una serie de investigaciones teniendo en cuenta los beneficios que los videojuegos pueden llegar a ejercer sobre las personas. Desde el inicio de la era de los videojuegos, se ha concebido una idea errónea de éstos, disparándose automáticamente el típico estereotipo de adolescentes que tienden a aislarse en sus habitaciones, y que invierten una gran cantidad de horas de sus vidas con estos aparatos electrónicos (Jordan, 2014). En esta misma línea, autores como Lenhart et al. (2008) ya habían confirmado anteriormente todo lo contrario, es decir, que la mayoría de los jugadores habituales no desperdician una excesiva cantidad de su tiempo en soledad en frente de una pantalla.

Actualmente, se está corroborando que un uso apropiado de estas plataformas puede llegar a facilitar la interacción del sujeto con el entorno social (Granic et al., 2014). Para ser más exactos, algunos autores han afirmado que esta función interactiva de los videojuegos puede verse reflejada cuando una familia lleva a cabo conjuntamente actividades de juego en sus salones de casa (Rygbj y Ryan, 2011), o inclusive cuando se juega a través de conexión a internet con personas de otros estados o países (Billeux, Deleuze, Griffiths y Kuss, 2015). En este sentido, hay distintas investigaciones que han comprobado que jugar videojuegos en línea permite que las personas desarrollen habilidades sociales y comportamientos prosociales, los cuales pueden ser generalizados a otros campos distintos al ambiente virtual, entre los que se encuentran sus relaciones familiares (Gentile y Gentile, 2008; Greitemeyer y Osswald, 2010; Greitemeyer, Osswald y Brauer, 2010; Ewoldsen et al., 2012).

Respecto a los beneficios sociales que aportan los videojuegos nombrados anteriormente, Yang y Liu (2017) analizaron esta característica en la famosa aplicación de móvil “Pokémon Go”, y encontraron que esta aporta diversión a la persona, fortalece sus amistades y correlaciona positivamente con el bienestar general de la persona, traduciéndose en mayor sensación de felicidad. Sin embargo, también se han realizado distintas investigaciones que cuestionan si esta mejora a nivel social también se produce en videojuegos con contenido violento. Curiosamente, un estudio reciente demostró que las personas que se entretienen con videojuegos violentos, y que además requieren cooperación para obtener los objetivos del mismo, desarrollan más comportamientos prosociales y de ayuda en comparación con las personas que no están habituadas a utilizar este tipo de videojuegos (Ferguson, San Miguel, Garza y Jerabeck, 2011). Además, los videojuegos violentos que requieren la interacción con otras personas son capaces de reducir los sentimientos de hostilidad en mayor proporción que aquellos que se juegan en solitario (Eastin, 2007). En esta misma dirección, distintas investigaciones comprobaron que los videojuegos violentos son capaces de reducir la accesibilidad a las cogniciones agresivas, traduciéndose en una menor proporción de conductas agresivas (Schmierbach, 2010; Velez, Mahood, Ewoldsen y Moyer, 2012).

Otros de los beneficios que derivan de un uso habitual de los videojuegos es la mejora de las capacidades cognitivas. Concretamente, se ha comprobado que los juegos del género “shooter” mejoran la atención, las habilidades espaciales, el procesamiento y la eficiencia neuronal, siendo estos beneficios generalizables a contextos de la vida real (Granic et al., 2014). En contraste con este hecho, un estudio muy reciente evidenció que los jugadores que tienden a utilizar videojuegos de acción o del género shooter mejoran significativamente su capacidad de control visomotora (Li, Chen y Chen, 2016).

Teniendo en cuenta los múltiples beneficios derivados de un uso habitual de los videojuegos, otros estudios han intentado analizar si sería posible una mejora en las habilidades de resolución de problemas a partir de los mismos. Para ser más exactos, se realizó una investigación con el famoso MMORPG “World of Warcraft”, y se llegó a la conclusión de que se producía una mejora significativa

de las capacidades resolutorias; en cambio, no se sabía si este hecho era un efecto directo del juego o si las personas que tienen estas capacidades más desarrolladas prefieren jugar este tipo de videojuegos (Steinkuehler y Duncan, 2008). Posteriormente, Prensky (2012) confirmó que los videojuegos mejoran las habilidades de resolución de problemas, independientemente del género al que pertenezca el videojuego en cuestión. Años posteriores, Adachi y Willoughby (2013) descubrieron que los videojuegos además de mejorar las estrategias de resolución de problemas, también predicen mejores notas académicas en el futuro.

Respecto a la variable de creatividad, se ha demostrado que jugar cualquier tipo de videojuego, sin importar que tenga contenido violento o no, mejora la creatividad en los jóvenes (Granic et al., 2014). Asimismo, se observó que los jóvenes que utilizan otras formas de tecnología con la finalidad de entretenerse, como por ejemplo móviles o internet, no mejoran la creatividad (Jack et al., 2012). Sin embargo, se plantea el mismo problema citado anteriormente, no se sabe si los videojuegos desarrollan la creatividad, o si las personas que son creativas tienen preferencia a jugarlos.

Otro estudio muy reciente ha hecho un análisis sobre los efectos que ejercen los videojuegos del género "Survivor Horror" sobre las personas. Dicho estudio llevado a cabo por Krzywinska en 2015 comprobó que el mecanismo que utiliza este tipo de videojuegos es más complejo que el utilizado por los géneros más convencionales o clásicos. Así, este autor afirma que los usuarios que juegan a este género de forma habitual experimentan niveles más altos de placer. Todo ello tiene que ver con los elementos involucrados en la ambientación del juego, tales como el vocabulario utilizado y la alteración del tiempo, dando lugar a la recreación de un ambiente único y excepcional donde el jugador experimentará una forma de placer exclusiva del 'Survivor Horror' (Krzywinska, 2015).

Otras investigaciones han analizado cómo los videojuegos que promueven la actividad física afectan a la salud en general, como en el caso de la famosa plataforma "Xbox Kinect". Se ha demostrado que esta alternativa a la actividad física tradicional en la dosis adecuada contribuye a mejorar la obesidad en jóvenes del género masculino (Clevenger y Howe, 2015). En otro estudio realizado en personas mayores con enfermedades neurodegenerativas, se comprobó que las intervenciones que hacían uso de la plataforma "Xbox Kinect" redujeron de forma significativa el riesgo de caídas, y además, se produjo una mejora de las capacidades cognitivas (Seamon, DeFranco y Thigpen, 2016).

Desventajas de los videojuegos

El primer escrito en la literatura de psicología y psiquiatría sobre la adicción a los videojuegos apareció en los años 80 (Griffiths et al., 2012; Pontes y Griffiths, 2014). La literatura e investigaciones en torno al uso perjudicial de los videojuegos no ha hecho más que proliferar en los últimos años (Kuss y Griffiths, 2012). Hay muchas controversias respecto al nombre que se le debe asignar a este fenómeno; se han utilizado términos como 'desórdenes asociados a videojuegos', 'adicción a videojuegos', 'dependencia a videojuegos' y 'juego patológico', entre otros (Jade y Cade, 2017). A lo largo de este epígrafe se hará referencia a los estudios que han encontrado evidencias en contra al uso habitual de los videojuegos.

En diversas ocasiones se han analizado los cambios que producen los videojuegos sobre las personas a nivel comportamental y actitudinal. Así, un estudio realizado por Greitemeyer (2013) reveló que los videojuegos relacionados con violencia, en comparación con los videojuegos neutrales, reducen de forma significativa la visión positiva sobre la humanidad y, en cambio, aumentan las percepciones sobre las malas intenciones de las personas en general. En esta misma línea de trabajo, una investigación llevada a cabo por Fox y Potocki (2016) encontró que, de forma general, el uso habitual de videojuegos está asociado a la aceptación de mitos sexuales relacionados con una visión más tradicional y denigrante hacia la mujer, y que, además, suelen ser manifestados en modo de agresión interpersonal y sexismo de carácter hostil. Posteriormente, Forsyth y Malone (2016) evidenciaron que los videojuegos manipulan la visión que las personas tienen hacia el tabaco, provocando que estas conductas y actitudes sean trasladadas al mundo real.

Otras investigaciones no se han limitado en hacer un mero análisis de los videojuegos relacionados con la salud mental, sino más bien, también han tenido en cuenta la influencia que puede ejercer estos sobre la salud física de las personas. Concretamente, un estudio reciente llevado a cabo por Lam (2014) analizó si los problemas de adicción al juego y la depresión estaban mediatizados por un posible problema de sueño, llegando a conclusión de que una de las ramas de los juegos más adictivos, en concreto los MMORPG, están más relacionados con los problemas de sueño y calidad del mismo. Posteriormente y siguiendo esta misma dirección, se ha demostrado que el uso excesivo de videojuegos está asociado a desórdenes psiquiátricos, destacando primordialmente los síntomas del déficit de atención e hiperactividad, del trastorno obsesivo compulsivo, de ansiedad, e incluso de depresión (Schou, et al., 2016).

Es bien sabido que unos de los videojuegos más adictivos son los pertenecientes al género MMORPG. La literatura actual sólo se ha centrado en esta tipología de videojuegos, desviando el centro de atención del género MOBA (Pobiedina, Neidhardt, Calatrava y Werthner, 2013; Kahn et al., 2015). Sin embargo, hay estudios que se han focalizado en un famoso videojuego del género MOBA denominado 'League Of Legends', siendo este uno de los juegos más populares, con una cantidad de 67 millones de jugadores al mes en el año 2014 (Statista, 2016). Diversas investigaciones han comprobado que los problemas asociados a videojuegos están estrechamente vinculados a problemas de autocontrol, tales como impulsividad y búsqueda de sensaciones (Billieux y Vader Linden, 2012; Zhou, Zhu, Li y Wang, 2014; Billieux, Deleuze, Griffiths y Kuss, 2015). En esta misma línea de trabajo, un estudio muy reciente llevado a cabo por Nuyens et al. (2016) comprobó que las personas que jugaban al 'League Of Legends' poseían altos niveles de impulsividad, lo cual se traducían en una excesiva dificultad en posponer las recompensas inmediatas.

Distintos autores consideran que hay un nuevo fenómeno en auge denominado 'Hikikomori'. Este concepto proviene de la cultura japonesa, y es utilizado para describir las situaciones que afectan a una inmensa cantidad de adolescentes (Furlong, 2008). En concreto, consiste en vivir aislado del mundo y encerrado en la habitación durante días o incluso meses, negándose a interactuar con los familiares y amistades más cercanas (Stip, Thibault, Beauchamp y Kisely, 2016). Este nuevo trastorno en aumento, según los expertos, suele tener comorbilidad con trastornos de índole diversa, tales como esquizofrenia, depresión, fobia específica y otros trastornos psiquiátricos (Kondo et al., 2010; Koyama et al., 2010; Kato et al., 2011; Nagata et al., 2013; Malagon, Corcoles, Martín y Perez, 2014; Teo, 2014). En sus inicios, 'Hikikomori' fue descrito exclusivamente en Japón, pero se han documentado casos en distintos países, entre los que se encuentran España (García, Alda, Sobradie y Sanz, 2007; Malagon et al., 2014; Ovejero, Caro, de Leon y Baca, 2014), Italia (De Michele, Caredda, Delle, Salviati y Biondi, 2013), Corea del sur (Lee, Lee, Choi y Choi, 2013), India (Teo, 2015), Francia (Maïa, Figueiredo, Pionnié y Vellut, 2014) y Estados Unidos (Teo, 2013; Chan y Lo, 2014).

Distintas investigaciones han encontrado evidencias a favor de que los videojuegos perjudican la salud de las personas. Concretamente, hay estudios que han demostrado que invertir una gran cantidad de tiempo en videojuegos está asociado a altos niveles de depresión (Gentile et al., 2011; Lemona et al., 2011; Mentzoni et al., 2011), bajo rendimiento académico (Gentile, Lynch, Linder y Walsh, 2004; Anand, 2007; Skoric, Teo y Neo, 2009), conductas problemáticas (Rehbein, Kleinmann, Mediasci y Mößle, 2010; Ream, Elliot y Dunlap, 2011) y un consumo de alcohol excesivo (Holtz y Appel, 2011). En cambio, los resultados de un estudio reciente llevado a cabo por Brunborg, Mentzoni y Froyland (2014) pusieron a prueba las variables nombradas anteriormente, y los resultados apuntan en el sentido contrario. Es decir, encontraron que los videojuegos no repercuten negativamente en las personas, y esto puede ser explicado porque los adolescentes que experimentan los efectos negativos de los videojuegos están condicionados por otros factores externos de sus vidas personales.

Patologías tratables a partir de los videojuegos

Según Franco (2016) los videojuegos son capaces de recrear conexiones emocionales e intelectuales en el individuo con relevantes implicaciones en terapia, consiguiendo así resultados satisfactorios a través de estas potenciales herramientas terapéuticas. Distintos estudios ya habían encontrado que los niveles iniciales de los videojuegos pueden ser de gran utilidad para recrear una adecuada situación 'rapport' y, así, conseguir con éxito un primer contacto con el cliente de la manera más eficiente posible (ESA, 2015). Además, otros estudios sugieren que las intervenciones llevadas a cabo a través de internet o computarizadas han demostrado ser efectivas en el tratamiento y prevención de ciertos trastornos, tales como depresión, ansiedad o incluso trastornos relacionados con el alcohol (Richards y Richardson, 2012; Fagundo et al., 2013; Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper y Hedman, 2014; Cuijpers y Riper, 2014), tal y como se desarrollará a lo largo de este epígrafe.

Recientemente, un estudio llevado a cabo por Fernández et al. (2015) recreó un nuevo tratamiento para la bulimia nerviosa que consistía en una combinación de un determinado videojuego con la terapia cognitivo-conductual. Los resultados encontrados fueron un éxito. Se observó que a consecuencia de este nuevo modo de terapia se remitió de forma significativa la tasa de abandono de la terapia, y se obtuvo una remisión aún mayor de los síntomas relacionados con la desregulación emocional que suelen padecer este tipo de pacientes (Fernández et al., 2015).

Otros estudios han demostrado que los videojuegos son capaces de conducir a un mejor pronóstico en psicopatologías difícilmente tratables, tales como la depresión (Cheek et al., 2015). En este caso en concreto, el denominado 'SPARX' está orientado a adolescentes con edades comprendidas entre 12-19 años que sufren de esta patología (Fleming, Dixon, Frampton y Merry, 2012; Merry et al.,

2012), basándose en la terapia cognitivo-conductual como eje central (Tang y DeRubeis, 1999). En dicho videojuego, el jugador controla a un personaje personalizado por él mismo. Su principal objetivo será restaurar el equilibrio en un mundo lleno de fantasía, siendo su último propósito resolver ciertos problemas, evitando en todo momento, los pensamientos negativos (Lau et al., 2017). A lo largo de la aventura se presentan siete módulos o niveles que el paciente en cuestión deberá superar (Lucassen et al., 2015). Para ello se dispondrá de un 'guía' que simulará el rol de psicoterapeuta, siendo este el encargado de orientar al jugador en puntos clave de cara al tratamiento de la depresión, procurando informar sobre las tareas que debe solucionar en cada módulo y cómo estas se relacionan con una mejora significativa de su patología (Rehm et al., 2016). Al final de cada nivel el 'guía' hace un resumen de lo aprendido y de cómo aplicarlo en la vida real (Cheek et al., 2015). Además, una vez terminado el tratamiento los adolescentes expresan experimentar una mejoría notoria en su estado anímico, mostrando así mayores grados de satisfacción consigo mismos (Fleming et al., 2012; Merry et al., 2012).

Con el objetivo de mejorar las deficiencias en habilidades sociales y emocionales propias de los trastornos del espectro autista, se han desarrollado otro tipo de videojuegos. Uno de estos, es el 'Junior Detective Training Program' (JDTP), utilizado para ganar competencias sociales (Beaumont y Sofronoff, 2008). En este se asume el papel de un detective de corta edad, cuyo objetivo principal será adivinar qué piensan y cómo se sienten los demás personajes, a partir de las posturas corporales, información no verbal, y claves contextuales (Lau et al., 2017). Por otro lado, también hay disponible otro videojuego denominado 'Let's Face It!' que ha demostrado producir mejoras en los problemas relacionados con la escasa capacidad de reconocimiento facial (Tanaka et al., 2010). Posteriormente, en esta misma línea de estudio, una investigación analizó cómo influían las terapias grupales basadas en videojuegos sobre personas que habían sufrido lesiones cerebrales previamente, consiguiendo que los participantes mejoraran de forma sustancial sus habilidades sociales y autoconciencia (Llorens, Noé, Ferri y Alcañiz, 2015).

Uno de los trastornos que también ha demostrado evolucionar hacia un mejor pronóstico a través de videojuegos es el Trastorno por Estrés Postraumático (Holmes et al., 2009). El videojuego protagonista en este caso es el famoso 'Tetris', demostrando una excelente capacidad para remodelar la neurobiología de la memoria (Lau et al., 2017). Para ser más exactos, se ha observado que es capaz de producir interferencias con el suceso que originó el trastorno, y como consecuencia, evitar una mayor consolidación en la memoria y reducción de los 'flashbacks' experimentados por estos sujetos (Holmes, James, Coode y Deepro, 2010).

Otra forma de intervención basada en formatos digitales es el denominado videojuego 'Re-Mission' (Khalil, Beale, Chen y Prokhorov, 2016). Dicha plataforma está destinada a personas jóvenes con cáncer, focalizándose en todo momento en obtener implicación por parte de los mismos en su propio tratamiento, intentando enseñar, así, cómo va avanzando el cáncer y los síntomas que conlleva el uso de quimioterapia y radioterapia (Beale, Kato, Marin, Guthrie y Cole, 2007). El paciente controla a un personaje que posee inteligencia artificial que dispara a las células cancerígenas, para así hacer frente a los síntomas propios del mismo. En última instancia se pretende conseguir que los pacientes aprendan cuál es la mejor forma para adherirse al tratamiento del cáncer (Kato, Cole, Bradlyn y Pollock, 2008). Asimismo, se ha afirmado que jugar a videojuegos que aportan premios y permiten que el jugador esté en contacto con otras personas, dotan al individuo de una fuente de apoyo que repercute de manera positiva en su salud mental (Francis, Comello y Marsha, 2016).

Este formato de intervención centralizado en videojuegos se ha probado en otras muchas patologías de índole psicológica. Recientemente, un estudio evaluó el potencial de un videojuego basado en el entrenamiento de atención en el trastorno de déficit por atención e hiperactividad (TDAH), y se obtuvo que provocó una mejoría en los síntomas relacionados con la inatención e hiperactividad (Lim et al., 2010). En concordancia con los datos obtenidos, se ha encontrado que el uso habitual de videojuegos es capaz de reducir el miedo y las conductas propias de la fobia específica, siendo, por tanto, una buena opción a utilizar en el ámbito de la salud (Botella et al., 2011).

Otros estudios se han focalizado en patologías que tienen una alta prevalencia en nuestra población, ideando tratamientos que se orientan, por ejemplo, hacia los desórdenes relacionados con el alcoholismo (Verduin, LaRowe, Myrick, Cannon y Bowers, 2013). Concretamente, se ha realizado un videojuego de ordenador denominado 'Guardian Angel' (Bowers et al., 2011) que está focalizado en reducir esta sintomatología del mismo (Marlatt y Gordon, 1985). Básicamente, el videojuego consiste en controlar al denominado 'ángel guardián' cuya misión es ayudar a otro personaje que padece problemas relacionados con el alcohol, centrándose sobre todo en conceptos tales como identificación de situaciones de riesgo, control estimular y técnicas "anti-craving" (Lau et al., 2017).

Avatares online como herramientas terapéuticas

En los últimos años los avatares online están aumentando significativamente en la población joven, siendo una potencial herramienta terapéutica que puede facilitar la interacción entre el psicoterapeuta y el cliente (Bickmore et al., 2010; Pinto, Hickman, Clochesy y Buchner, 2013; Rizzo et al., 2016; Pinto et al., 2016). El concepto de Avatar fue definido por Rehm et al. (2016) como 'la representación de uno mismo digitalizada que permite la interacción con otros usuarios a través del ordenador en ambientes virtuales'. En los párrafos siguientes se hará referencia a los beneficios que conlleva hacer un uso adecuado de estas plataformas dentro del contexto terapéutico.

Un estudio analizó la famosa plataforma 'Second Life', donde los usuarios tienen la posibilidad de crear personajes con apariencia humana para interactuar con otras personas mediante mensajes escritos o audios (Gorini, Gaggioli, Vigna y Riva, 2008). La mayoría de los usuarios se registran en esta plataforma para obtener apoyo social del resto de usuarios (Beard, Wilson, Morra y Keelan, 2009). Los resultados del estudio llevado a cabo por Beard et al. (2009) apuntan a que la interacción entre estos usuarios permite que se hagan consultas y colaboren entre sí, manteniendo en todo momento su anonimato.

Otros de los beneficios observados en la plataforma 'Second Life' es que puede replicar exactamente la psicoterapia tradicional en estos ambientes virtuales (Rehm et al., 2016). Para comprobar este hecho, Yuen et al. (2013) llevó a cabo tratamientos individualizados centrados en la terapia conductual de aceptación. Esta estaba orientada a personas con trastornos de ansiedad, y se observó diferencias significativas en los rangos del estado de ánimo, psicológico y ansiedad social, pero se sugiere que en futuras investigaciones se introduzca un grupo control. Otro estudio llevado a cabo por Hoch et al. (2012) puso a prueba esta plataforma en terapias grupales para enseñar estrategias de relajación, y también se encontraron ciertas mejorías.

Otros autores han puesto a prueba la plataforma 'Second Life' para observar si produce mejoría en los trastornos del espectro autista. Para ser más exactos, una investigación reciente realizó una terapia donde los participantes eran citados en distintos lugares del mundo virtual tales como bares, tiendas, parques, y de este modo se les entrenaba en habilidades sociales, intentando así recrear situaciones similares a la vida real mediante la técnica de "role-playing", y se observó una mejora significativa en comunicación tanto verbal como no verbal (Kandalaf, Didehban, Krawczyk, Allen y Chapman, 2013). Por otro lado, también se ha tenido en cuenta la plataforma "ProReal" que se caracteriza por la presencia de personajes sin atributos sexuales, ni rasgos humanos, cabiendo la posibilidad de manipular los colores, tamaños y expresiones gestuales de los mismos (Rijn, Cooper, Jackson y Wild, 2015). Esta aplicación ha demostrado ser útil para entrenar en la expresión emocional, y sin embargo a pesar de los beneficios observados, estos no han sido estadísticamente significativos (Rehm et al., 2016).

Debido al éxito que han tenido los avatares online en el campo de la salud mental, distintos investigadores concibieron que sería interesante recrear un agente terapéutico en forma de avatar y que, además, tuviese una apariencia humana realista (Pinto et al., 2013; Rizzo et al., 2016; Pinto et al., 2016). Dicho agente terapéutico no sería controlado por nadie en concreto (Rehm et al., 2016). Sería más bien un terapeuta virtual denominado "Ellie" que responde de forma automática a las preguntas de los pacientes (Rizzo et al., 2016). Asimismo, un estudio llevado a cabo por Bickmore et al. (2010) comparó la terapia tradicional con la plataforma "Ellie", y se llegó a la conclusión de que los participantes se sentían más cómodos y libres de compartir su información con esta que en un contexto terapéutico estándar.

Uno de los beneficios observados en las terapias que utilizan los avatares online recientemente es que reduce las barreras de comunicación (Rehm et al., 2016). En concreto, este tipo de plataforma aporta distintas alternativas a la persona para comunicarse, ya sea mediante mensajes escritos en el chat o utilizando audios (Bente, Ruggenberg, Kramer y Eschenburg 2008). Esto permite que la persona tenga capacidad de elección, permitiendo que se sienta lo más cómoda posible en situaciones que requieren interacción social (Stendal y Balandin, 2015). Además, otros de los puntos fuertes según distintos autores es el mantenimiento del anonimato, y sin embargo es recomendable sólo para aquellos casos que el paciente busca psicoeducación o información referencial en situaciones determinadas que crean ambigüedad (Joinson, 2001; Bente et al., 2008; Bickmore et al., 2010; Quackenbush y Krasner, 2012; Yellowlees, Holloway y Parish, 2012; Pinto et al., 2013; Rizzo et al., 2016; Pinto et al., 2016).

Se ha estado cuestionando si el hecho de poder manipular la representación de uno mismo a través de avatares pueda tener efectos positivos y negativos en la vida real (Yee, Bailenson y Ducheneaut, 2009). Sin embargo, en la actualidad Gilbert et al. (2014) asumen que los avatares cumplen tres funciones principales en la identidad de la persona: a) la persona representa sus propias características

físicas reales; b) mejoran los niveles de autoconciencia; c) la persona puede adoptar distintos roles dentro del juego, permitiendo así que se recree una nueva en el mundo virtual.

Sin duda alguna, el potencial de los avatares online es que dota la capacidad al psicoterapeuta de controlar los estímulos virtuales, la intensidad y la duración de los mismos, en aquellas intervenciones que están orientadas a la exposición de las personas a determinadas situaciones que les generan ansiedad (Rehm et al., 2016). Además, se sugiere que dicha exposición a los estímulos diana se pueden realizar a través de aplicaciones computarizadas (Hoch et al., 2012; Yuen et al., 2013), o incluso desde la oficina del propia psicoterapeuta sin que sea necesario el encuentro cara a cara (Kandalaf et al., 2013; Leff, Williams, Huckvale, Arbuthnot y Leff, 2013; Peyroux y Franck, 2014; Rus, Gutierrez y Ribas, 2014; Craig et al., 2015; Rijn et al., 2015).

Promoción de la salud a partir de los videojuegos

Un estudio reciente llevado a cabo por Griffiths et al. (2012) demostró que de 13.300 adolescentes de la población estadounidense, únicamente una pequeña proporción de estos mantenían prácticas deportivas habituales. En los años 2011 y 2012, solo uno de cada cinco jóvenes australianos practicaban deporte y respetaban las horas de ocio recomendadas con las nuevas tecnologías (Australian Bureau of Statistics, 2013). Claramente como bien se puede observar en los datos arrojados, se está dando pie a hábitos de vida poco saludables y carentes de ejercicio físico, siendo necesario tratar el problema de raíz introduciendo, para ello, hábitos deportivos en la vida de los jóvenes (Kohl et al., 2012). Asimismo, Straker et al. (2015) proponen que el modo más eficaz esa través de los denominados 'Active Video Games' o 'AVGs'.

Algunos deportes basados en la mecánica de los AVGs son capaces de reproducir exactamente los movimientos necesarios para determinadas habilidades físicas (Papastergiou, 2009). Por este hecho, esta categoría de videojuegos está ganando popularidad en los últimos años, destacándose así plataformas como 'la Nintendo Wii' y 'la Xbox Kinect' (Sween et al., 2014). Debido a la gran revolución que está causando este tipo de videojuegos, distintos autores han propuesto un término alternativo al de 'Active Video Games' denominado 'Exergaming', ya que es capaz de combinar la actividad física con el ocio (Bonetti, Drury, Danoff y Miller, 2010).

Recientemente, un estudio llevado a cabo por Lin (2015) analizó el famoso juego de baile 'Just Dance 3' de la plataforma 'Nintendo Wii', y se demostró que beneficia la salud física y mental de los jóvenes, considerándose una potencial herramienta terapéutica que es capaz de combinar una intensa actividad física con altas dosis de diversión, sin caer en los hábitos relacionados con el sedentarismo. Otro estudio muy similar puso a prueba el famoso juego de baile denominado 'Dance Dance Revolution', y se encontró que las personas que padecían sobrepeso y utilizaban este videojuego gastaban e invertían más energía que los participantes con un peso estándar (Unnithan, Houser y Fernhall, 2006).

En otros estudios se ha analizado los beneficios que puede llegar a aportar la plataforma de videojuegos 'Xbox Kinect'. En este sentido, se ha comprobado que los juegos destinados al baile de la Xbox Kinect mejoran la condición cardiovascular y flexibilidad de los participantes (Roopchand, Nelson, Gordon y Sing, 2015). Paralelamente, otro estudio comparó la práctica de deporte estándar con el ejercicio realizado a través de la 'Xbox Kinect', y se llegó a la conclusión de que los participantes experimentan menos demanda de la tarea y niveles de intensidad del mismo (Barry, Schaik, MacSween, Dixon y Martin, 2016). En otras líneas de investigación se ha encontrado que esta plataforma de videojuego mejora la movilidad de las extremidades superiores en personas que han sufrido lesión cerebral previamente, denotando así, ser una potencial terapia para mejorar la psicomotricidad (Zoccolillo et al., 2015).

No son menos importantes los estudios que se han realizado en torno a la famosa 'Nintendo Wii'. Curiosamente, una investigación llevada a cabo por Graves et al. (2010) encontró que las personas que utilizan esta consola de videojuegos experimentan niveles moderados de actividad física. En esta misma línea de estudio, Guderian, Borreson y Sletten (2010) investigaron a un grupo de treinta jóvenes, y encontraron que la energía consumida era significativamente mayor en los jóvenes que utilizaban la Nintendo Wii en comparación con los que están habituados a hacer uso de videojuegos de índole sedentaria.

Una investigación bastante reciente ha tenido en cuenta el efecto que suscita en las personas la denominada 'Sony Eye Toy' sobre los niveles de actividad física experimentados. Según Sween et al. (2014) "la 'Sony Eye Toy' es una cámara digital que recrea un ambiente de juego donde el jugador interacciona con el mismo". Los datos aportados en torno a este dispositivo apuntan a que los jóvenes que la utilizan experimentan niveles más altos de actividad física, que conlleva a una mayor cantidad de energía calórica invertida (Ni et al., 2008).

También se ha analizado en otro estudio llevado a cabo por Barry et al. (2016) cómo influyen los 'Actives Video Games' en las personas que padecen sobrepeso. Para ser más exactos, se ha encontrado que este tipo de videojuegos proyectan al jugador un peso más neutral de sí mismos, creando una imagen más positiva, una mayor motivación y predisposición a la hora de realizar actividades deportivas, y por ende mejorando, así, su condición física (Barry et al., 2016).

Conclusiones

El interés de este epígrafe está centrado exclusivamente en hacer una breve síntesis de la información presentada en este Trabajo Fin de Grado, siendo el objetivo principal aportar una visión más genérica y global en torno al constructo relacionado con los videojuegos y salud mental.

1. Actualmente, los videojuegos se han integrado en el estilo de vida de la mayoría de la población mundial, considerándose así como un primordial elemento de ocio que puede llegar a ejercer efectos tanto positivos como negativos en la condición física y mental de las personas.
2. En relación a la prevalencia de la población adentrada en la industria de los videojuegos, está aumentando cada vez más, invirtiendo más tiempo al uso de este tipo de aparatos electrónicos. Además, en cuanto a las diferencias poblacionales, se ha demostrado que el colectivo femenino y las personas que provienen de distintas zonas demográficas también hace uso de este tipo de tecnologías, demostrando, así, que usar los videojuegos como elemento de ocio no se limita exclusivamente a un único colectivo poblacional.
3. En referencia a la tipología de videojuegos, es importante conocer la terminología y abreviaciones que utiliza la población relacionada con los denominados 'Gamers', para que los terapeutas puedan sacarle el máximo beneficio en sus consultas psicológicas. Por otro lado, se han identificado géneros de videojuegos de índole diferente tales como el 'RPG', 'MMORPG', 'MOBA', 'Shooter', 'Survivor Horror'. Además, en la actualidad se está haciendo uso de los términos 'Active Video Games' y 'Serious Games' para hacer referencia a aquel colectivo de videojuegos que promueve la salud tanto física como mental en las personas. Por último, en relación a las diferencias existentes entre la modalidad de videojuegos jugados online y offline, se ha encontrado que la primera es más adictiva y está más asociada a determinados problemas que la segunda, siendo el colectivo masculino más predominante entre ellos.
4. Los beneficios que aportan los videojuegos a la salud mental no son pocos. En este sentido, se ha encontrado que desarrollan las habilidades sociales y prosociales de las personas, favoreciendo, y por ende, fortaleciendo de este modo las relaciones con su entorno más cercano. Curiosamente, en concordancia con este nivel de análisis, se ha demostrado que los videojuegos que se caracterizan por tener contenido violento también son capaces de desarrollar comportamientos prosociales y de ayuda. Además, se ha demostrado que los videojuegos del género 'shooter' son capaces de mejorar ciertas habilidades cognitivas tales como la atención, las habilidades espaciales, el procesamiento neuronal y capacidad de control visomotora. Sin embargo, independientemente del género a que pertenezca el videojuego en cuestión se fomenta el desarrollo de la creatividad.
5. En referencia a las desventajas de los videojuegos, la mayoría de los estudios han evidenciado que son capaces de producir cambios actitudinales y comportamentales, fomentar mitos sexuales hacia la mujer, incitar a realizar conductas perjudiciales tales como fumar, desarrollar problemas relacionados con el sueño, e incluso en ocasiones puede dar lugar a distintos trastornos de índole psiquiátrica.
6. En la actualidad se está haciendo énfasis en la utilidad de los videojuegos como potenciales herramientas terapéuticas, dado que puede obtenerse una mejora significativa en una amplia diversidad de trastornos tales como bulimia, depresión, autismo, estrés postraumático, TDAH, alcoholismo, e incluso, en el propio cáncer.
7. Respecto al potencial que tienen los avatares online como potenciales herramientas a implementar en las consultas psicológicas, se ha revelado que estas plataformas online aportan al psicoterapeuta determinados beneficios como un correcto control estimular, reducción de barreras de comunicación, y además, pueden aplicarse a distancia. Asimismo, los avatares online aportan a las personas apoyo social, fomenta la colaboración, y cumple funciones importantes en la identidad personal.
8. En torno a las plataformas de videojuegos que fomentan la salud mental y física en la población, como los famosos 'AVGs', se ha demostrado que con menor sensación de demanda de la tarea son capaces de aumentar la actividad física, el consumo energético, la visión positiva de uno mismo, mejorar la condición cardiovascular y las complicaciones en personas que padecen lesiones cerebrales.
9. En este sentido, se ha observado que los videojuegos complementan en gran medida a las terapias psicológicas tradicionales, demostrando poseer excelentes cualidades terapéuticas que permiten obtener información sobre actitudes, valores, forma de pensar, e inclusive mejorar el pronóstico de determinados trastornos de índole psicológica. En futuras investigaciones sería recomendable analizar en mayor profundidad el perfil de los videojuegos como potenciales herramientas terapéuticas.

Referencias bibliográficas

- Abdul Jabbar, A., y Felicia, P. (2015). Gameplay engagement and learning in game-based learning: A systematic review. *Review of Educational Research, 85*(4), 740-779.
- Adachi, P., y Willoughby, T. (2013). More than just fun and games: The longitudinal relationships between strategic video games, self-reported problem solving skills, and academic grades. *Journal of Youth and Adolescence, 42*, 1041-1052.
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Washington, DC: American Psychiatric Association, 75*.
- Anand, V. (2007). A study of time management: The correlation between video game usage and academic performance markers. *CyberPsychology and Behavior, 10*, 552- 559.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., y Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry, 13*(3), 288-95.
- Apperley, T. (2006). Genre and game studies: Toward a critical approach to video game genres. *Simulation and Gaming, 37*(1), 6-23.
- Australian Bureau of Statistics. (2013). *Australian Health Survey: Physical Activity, 2011-12*.
- Barry, G., Schaik, P., MacSween, A., Dixon, J., y Martin, D. (2016). Exergaming (XBOX Kinect™) versus traditional gym-based exercise for postural control, flow and technology acceptance in healthy adults: a randomised controlled trial. *Medicine and Rehabilitation, 8*(1), 25.
- Beale, I., Kato, P., Marin-Bowling, V., Guthrie, N., y Cole, S. (2007). Improvement in cancer-related knowledge following use of a psychoeducational video game for adolescents and young adults with cancer. *Journal of Adolescent Health, 41*(3), 263- 70.
- Beard, L., Wilson, K., Morra, D., y Keelan, J (2009). A survey of health-related activities in second life. *Journal of Medical Internet Research, 11*(2).
- Beaumont, R., y Sofronoff, K. (2008). A multi-component social skills intervention for children with Asperger syndrome: the Junior Detective Training Program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(7), 743-53.
- Bente, G., Ruggenberg, S., Kramer, N., y Eschenburg, F. (2008). Avatar-mediated networking: increasing social presence and interpersonal trust in net-based collaborations. *Human Communication Research, 34*, 287-318.
- Bertran, E., y Chamorro, A. (2016). Videogamers of League of Legends: The role of passion in abusive use and in performance. *Adicciones, 28*(1).
- Bickmore, T., Mitchell, S., Jack, B., Paasche, M., Pfeifer, L., y O'Donnell, J. (2010). Response to relational agent by hospital patients with depressive symptoms. *Interacting with Computers, 22*(4), 289-98.
- Billieux, J., Deleuze, J., Griffiths, M., y Kuss, D. (2015). Internet gaming addiction: The case of massively multiplayer online role-playing games. In *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (pp. 1515-1525). Springer Milan.
- Billieux, J., y Van der Linden, M. (2012). Problematic use of the Internet and self-regulation: A review of the initial studies. *Open Addiction Journal, 5*, 24-29.
- Bonetti, A., Drury, D., Danoff, J., y Miller, T. (2010). Comparison of acute exercise responses between conventional video gaming and isometric resistance exergaming. *The Journal Strength and Conditioning Research, 24*(7), 1799-1803.
- Botella, C., Bretón, J., Quero, C., Baños, R., García, A., y Zaragoza, I. (2011). Treating cockroach phobia using a serious game on a mobile phone and augmented reality exposure: a single case study. *Computer Human Behavior, 27*(1), 217-27.
- Bowers, C., Procci, K., Joyce, R., Verduin, M., LaRowe, S., y Mynck, H., (2011). Serious games for therapy: a training perspective. *Journal of Cybertherapy and Rehabilitation, 4*(4), 447-53.
- Brunborg, G., Mentzoni, R., y Froyland, L. (2014). Is video gaming, or video game addiction, associated with depression, academic achievement, heavy episodic drinking, or conduct problems?. *Journal of Behavioral Addictions, 3*(1), 27-32.
- Cade, R., y Gates, J. (2017). Gamers and Video Game Culture: An Introduction for Counselors. *The Family Journal, 25*(1), 70-75.
- Chan, G., y Lo, T. (2014). Hidden youth services: what Hong Kong can learn from Japan. *Child Youth Services Review, 42*, 118-26.
- Chappell, D., Eatough, V., Davies, M., y Griffiths, M. (2006). EverQuest—It's just a computer game right?. An interpretative phenomenological analysis of online gaming addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction, 4*(3), 205-216.

- Cheek, C., Fleming, T., Lucassen, M., Bridgman, H., Stasiak, K., Shepherd, M., y Orpin, P. (2015). Integrating health behavior theory and design elements in serious games. *Journal of Medical Internet Research*, 2(2), 11.
- Clevenger, K., y Howe, C. (2015). Energy cost and enjoyment of active videogames in children and teens: Xbox 360 Kinect. *Games for Health Journal*, 4(4), 318-324.
- Craig, T., Rus, M., Ward, T., Fornells, M., McCrone, P., y Emsley, R. (2015). The effects of an audio visual assisted therapy aid for refractory auditory hallucinations (AVATAR therapy): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16, 349.
- Cuijpers, P., y Riper, H. (2014). Internet interventions for depressive disorders: an over-view. *Revista Psicopatología Psicología Clínica*, 19(3), 209-16.
- De Michele, F., Caredda, M., Delle, R., Salviati, M., y Biondi, M. (2013). Hikikomori: a culture-bound syndrome in the web 2.0 era. *Rivista di Psichiatria*, 48, 354-8.
- Dini, K. (2012). On video games, culture, and therapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 32, 496-505.
- Eastin, M. (2007). The influence of competitive and cooperative play on state hostility. *Human Communication Research*, 33, 450-466.
- Entertainment Software Association. (2015). 2015 Sales, demographic and usage data: Essential facts about the computer and video game industry. Retrieved from <http://www.theesa.com/wp-content/uploads/2015/04/ESA-Essential-Facts-2015.pdf>
- Ewoldsen, D., Eno, C., Okdie, B., Velez, J., Guiding, R., y DeCoster, J. (2012). Effect of playing violent video games cooperatively or competitively on subsequent cooperative behavior. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 15, 277-280.
- Fagundo, A., Santamaría, J., Forcano, L., Giner, C., Jiménez, S., y Sánchez, I. (2013). Video game therapy for emotional regulation and impulsivity control in a series of treated cases with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 21(6), 493-9.
- Ferguson, C., Coulson, M., y Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of Psychiatric Research*, 45(12), 1573-1578.
- Ferguson, C., San Miguel, C., Garza, A., y Jerabeck, J. (2012). A longitudinal test of video game violence influences on dating and aggression: A 3-year longitudinal study of adolescents. *Journal of Psychiatric Research*, 46(2), 141-146.
- Fernandez, F., Jimenez, S., Santamaría, J., Giner, C., Mestre, G., Granero, R., y Konstantas, D. (2015). The use of videogames as complementary therapeutic tool for cognitive behavioral therapy in bulimia nervosa patients. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(12), 744-751.
- Fiellin, L., Hieftje, K., y Duncan, L. (2014). Videogames, here for good. *Pediatrics*, 134(5), 849-851.
- Fleming, T., Dixon, R., Frampton, C., y Merry, S. (2012). A pragmatic randomized controlled trial of computerized CBT (SPARX) for symptoms of depression among adolescents excluded from mainstream education. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(5), 529-41.
- Forsyth, S., y Malone, R. (2016). Smoking in video games: a systematic review. *Nicotine and Tobacco Research*, 18(6), 1390-1398.
- Fox, J., y Potocki, B. (2016). Lifetime video game consumption, interpersonal aggression, hostile sexism, and rape myth acceptance a cultivation perspective. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(10), 1912-1931.
- Francis, D., Comello, M., y Marshall, L. (2016). How Does Gameplaying Support Values and Psychological Well-Being Among Cancer Survivors?. *Games for Health Journal*, 5(2), 128-134.
- Franco, G. (2016). Videogames and therapy: a narrative review of recent publication and application to treatment. *Frontiers in Psychology*, 7.
- García, J., Alda, M., Sobradie, N., y Sanz, A. (2007). A case report of hikikomori in Spain. *Medicina Clínica*, 129(8), 318-9.
- Gentile, D., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D. y Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, 127, 19-29.
- Gentile, D., Lynch, P., Linder, J. y Walsh, D. (2004). The effects of violent video game habits on adolescent hostility, aggressive behaviors, and school performance. *Journal of Adolescence*, 27, 5-22.
- Gentile, D., y Gentile, J. (2008). Violent video games as exemplary teachers: A conceptual analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 9, 127-141.
- Gilbert, R., Thadani, V., Handy, C., Andrews, H., Sguigna, T., y Sasso, A. (2014). The psychological functions of avatars and alt(s): a qualitative study. *Computers in Human Behavior*, 32, 1.
- Gorini, A., Gaggioli, A., Vigna, C., y Riva, G. (2008). A second life for eHealth: prospects for the use of 3-D virtual worlds in clinical psychology. *Journal of Medical Internet Research*, 10(3).

- Granic, I., Lobel, A., y Engels, R. (2014). The benefits of playing video games. *American Psychologist*, 69(1), 66.
- Graves, L., Ridgers, N., Williams, K., Stratton, G., Atkinson, G., y Cable, N. (2010). The physiological cost and enjoyment of Wii Fit in adolescents, young adults, and older adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 7(3), 393–401.
- Greitemeyer, T. (2013). Effects of playing video games on perceptions of one's humanity. *The Journal of Social Psychology*, 153(4), 499-514.
- Greitemeyer, T., Osswald, S., y Brauer, M. (2010). Playing prosocial video games increases empathy and decreases schadenfreude. *Emotion*, 10, 796-802.
- Greitemeyer, T., y Osswald, S. (2010). Effects of prosocial video games on prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 211-21.
- Griffiths, L., Poulou, T., Rich, C., Geraci, M., Cortina, M., Sera, F., Cole, T., Law, C., y Joshi, H. (2012). Objectively measured physical activity and sedentary behavior in UK children of primary school age: a longitudinal cohort study. *The Lancet*, 380, 44.
- Griffiths, M., Kuss, D., y King, D. (2012). Video game addiction: Past, present and future. *Current Psychiatry Reviews*, 8, 308–318.
- Griffiths, M., Király, O., Pontes, H., y Demetrovics, Z. (2015). An overview of problematic gaming. *Mental Health in the Digital Age: Grave Dangers, Great Promise*, 27, 27-44.
- Griffiths, M., Rooij, A., Kardefelt, D., Starcevic, V., Király, O., y Pallesen, S. (2016). Working towards an international consensus on criteria for assessing Internet gaming disorder: A critical commentary on Petry et al (2014). *Addiction*, 111, 167– 175.
- Guderian, B., Borreson, L., y Sletten, L., (2010). The cardiovascular and metabolic responses to Wii Fit video game playing in middle-aged and older adults. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 50(40), 436-42.
- Hoch, D., Watson, A., Linton, D., Bellow, H., Senelly, M., y Milik, M. (2012). The feasibility and impact of delivering a mind-body intervention in a virtual world. *PLoS One*, 7(3).
- Holmes, E., James, E., Coode, T., y Deepro, C. (2009). Can playing the computer game "Tetris" reduce the build-up of flashbacks for trauma?. A proposal from cognitive science. *PLoS One*, 4(1), 1–6.
- Holmes, E., James, E., Kilford, E., y Deepro, C. (2010). Key steps in developing a cognitive vaccine against traumatic flashbacks: visuospatial tetris versus verbal pub quiz. *PLoS One*, 5(11).
- Holtz, P., y Appel, M. (2011). Internet use and video gaming predict problem behavior in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 34, 49–58.
- Huizinga, J. (1938). *Homo ludens*. Madrid, España: Alianza.
- Joinson A. (2001). Self-disclosure in computer-mediated communication: the role of self-awareness and visual anonymity. *European Journal of Social Psychology*, 31, 177-92.
- Jordan, N. (2014). World of Warcraft: A family therapist's journey into scapegoated culture. *The Qualitative Report*, 19, 1–19.
- Kahn, A., Shen, C., Lu, L., Ratan, R., Coary, S., y Hou, J. (2015). The Trojan Player Typology: A cross-genre, cross-cultural, behaviorally validated scale of video game play motivations. *Computers in Human Behavior*, 49, 354-361.
- Kandalaf, M., Didehban, N., Krawczyk, D., Allen, T., y Chapman, S. (2013). Virtual reality social cognition training for young adults with high-functioning autism. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 43, 34–44.
- Kato, P., Cole, S., Bradlyn, A., y Pollock, B. (2008). A video game improves behavioral outcomes in adolescents and young adults with cancer: a randomized trial. *Pediatrics*, 122(2), 305-317.
- Khalil, G., Beale, I., Chen, M., y Prokhorov, A. (2016). A Video Game Promoting Cancer Risk Perception and Information Seeking Behavior Among Young-Adult College Students: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 4(2).
- King, D., Haagsma, M., Delfabbro, P., Gradisar, M., y Griffiths, M. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: a systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical Psychology Review*, 33, 331-42.
- Király, O., Nagygyörgy, K., Griffiths, M., y Demetrovics, Z. (2014). Problematic online gaming. In Rosenberg, K., Feder, L., eds. Behavioral addictions: criteria, evidence and treatment. New York: Elsevier.
- Klein, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*. Paris: Presses Universitaire de France.
- Kohl, H., Craig, C., Lambert, E., Inoue, S., Alkandari, J., Leetongin, G., y Kahlmeier, S. (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet*, 380, 294–305.

- Krzywinska, T. (2015). Gaming horror's horror: representation, regulation, and affect in survival horror videogames. *Journal of Visual Culture*, 14, 293–297.
- Kuss, D., y Griffiths, M. (2012). Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(2), 278–296.
- Lam, L. (2014). Internet gaming addiction, problematic use of the internet, and sleep problems: a systematic review. *Current Psychiatry Reports*, 16(4), 1–9.
- Lau, H., Smit, J., Fleming, T., y Riper, H. (2017). Serious games for mental health: are they accessible, feasible and effective?. A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 209.
- Lee, Y., Lee, J., Choi, T., y Choi, J. (2013). Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 67(4).
- Leff, J., Williams, G., Huckvale, M., Arbuthnot, M., Leff, A. (2013). Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of-concept study. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 428–33.
- Lemmens, J., y Hendriks, S. (2016). Addictive online games: Examining the relationship between game genres and Internet Gaming Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(4), 270–276.
- Lemona, S., Brand, S., Vogler, N., Perkinson, N., Allemand, M., y Grob, A. (2011). Habitual computer game playing at night is related to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51, 117–122.
- Lenhart, A., Kahne, J., Middaugh, E., Macgill, A., Evans, C., y Vitak, J. (2008). Teens, video games, and civics. *Pew Internet and American Life Project*, 1–64.
- Li, L., Chen, R., y Chen, J. (2016). Playing action video games improves visuomotor control. *Psychological Science*, 33(2).
- Lim, C., Lee, T., Guan, C., Sheng, D., Cheung, Y., y Teng, S. (2010). Effectiveness of a brain-computer interface based programme for the treatment of ADHD: a pilot study. *Psychopharmacol Bull*, 43(1), 73–82.
- Lin, J. (2015). “Just Dance”: The Effects of Exergame Feedback and Controller Use on Physical Activity and Psychological Outcomes. *Games for Health Journal*, 4(3), 183–189.
- Lis, E., Chiniara, C., Biskin, R., y Montoro, R. (2015). Psychiatrists' perceptions of role-playing games. *Psychiatric Quarterly*, 86(3), 381–384.
- Llorens, R., Noé, E., Ferri, J., y Alcañiz, M. (2015). Videogame-based group therapy to improve self-awareness and social skills after traumatic brain injury. *Journal of Neuroengineering Rehabilitation*, 12, 1–8.
- Lucassen, M., Merry, S., Hatcher, S., y Frampton, C. (2015). Rainbow SPARX: a novel approach to addressing depression in sexual minority youth. *Cognitive Behavioural Practice*, 22, 203–16.
- Maïa, F., Figueiredo, C., Pionnié, N., y Vellut, N. (2014). *Hikikomori, ces adolescents en retrait*. Paris: Armand Colin.
- Malagon, A., Corcoles, D., Martín, L., y Perez, S. (2014). Hikikomori in Spain: a descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(5), 475–83.
- Marlatt, G., y Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Mentzoni, R., Brunborg, G., Molde, H., Myrseth, H., Skouverøe, K., Hetland, J., y Pallesen, S. (2011). Problematic video game use: Estimated prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14, 591–596.
- Merry, S., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., y Lucassen, M. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *British Medical Journal*, 344, 2598.
- Michael, D., y Chen, S. (2005). *Serious games: Games that educate, train, and inform*. Boston: Thomson Course Technology.
- Muñoz, C., Restrepo, D., y Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(3), 166–173.
- Nagata, T., Yamada, H., Teo, A., Yoshimura, C., Nakajima, T., y Vliet, I. (2013). Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: Clinical characteristics and treatment response in a case series. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 73–78.
- Ni, M., Maddison, R., Jiang, Y., Jull, A., Prapavessis, H., y Rodgers, A. (2008). Couch potatoes to jumping beans: a pilot study of the effect of active video games on physical activity in children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, 8.

- NPD Group. (2011). The video game industry is adding 2–17-year-old gamers at a rate higher than that age group's population growth. Retrieved from: https://www.npd.com/wps/portal/npd/us/news/pressreleases/pr_111011
- Nurkkala, V., Kalermo, J., y Jarvilehto, T. (2014). Development of exergaming simulator for gym training, exercise testing and rehabilitation. *Journal of Communication and Computer*, 11, 403-411.
- Nuyens, F., Deleuze, J., Maurage, P., Griffiths, M., Kuss, D., y Billieux, J. (2016). Impulsivity in multi-player online battle arena gamers: Preliminary results on experimental and self-report measures. *Journal of behavioral addictions*, 5(2), 351-356.
- Oh, Y., y Yang, S. (2010). Defining exergames and exergaming. *Proceedings of Meaningful Play*, 1-17.
- Ovejero, S., Caro, I., de Leon, V., y Baca, E. (2014). Prolonged social withdrawal disorder: a hikikomori case in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(6), 562–5.
- Papastergiou, M. (2009). Exploring the potential of computer and video games for health and physical education: A literature review. *Computers and Education*, 53(3), 603-622.
- Peyroux, E., y Franck, N. (2014). RC2S: a cognitive remediation program to improve social cognition in schizophrenia and related disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 400.
- Pinto, M., Greenblatt, A., Hickman, R., Rice, H., Thomas, T., y Clochesy J. (2016). Assessing the critical parameters of eSMART-MH: a promising avatar-based digital therapeutic intervention to reduce depressive symptoms. *Perspectives in Psychiatry Care*, 52, 157–68.
- Pinto, M., Hickman, R., Clochesy, J., y Buchner, M. (2013). Avatar-based depression self-management technology: promising approach to improve depressive symptoms among young adults. *Applied Nursing Research*, 26, 45–8.
- Pobiedina, N., Neidhardt, J., Calatrava, M., y Werthner, H. (2013). Ranking factors of team success. *In Proceedings of the 22nd International Conference on World Wide Web*, 1185-1194.
- Pontes, H., y Griffiths, M. (2014). Assessment of internet gaming disorder in clinical research: Past and present perspectives. *Clinical Research and Regulatory Affairs*, 31(4), 1–14.
- Prensky, M. (2012). *From digital natives to digital wisdom: Hopeful essays for 21st century learning*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Quackenbush, D., y Krasner, A. (2012). Avatar therapy: where technology, symbols, culture, and connection collide. *Journal of Psychiatry Practice*, 18(6), 451–9.
- Ream, G., Elliott, L., y Dunlap, E. (2011). Playing video games while using or feeling the effects of substances: Associations with substance use problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 3979–3998.
- Rehbein, F., Kleinmann, M., Mediasci, G. y Mößle, T. (2010). Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: Results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13, 269–277.
- Rehm, I., Foenander, E., Wallace, K., Abbott, J., Kyrios, M., y Thomas, N. (2016). What Role Can Avatars Play in e-Mental Health Interventions?. Exploring New Models of Client–Therapist Interaction. *Frontiers in Psychiatry*, 7.
- Restrepo, D., y Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.
- Rey, A. (2011). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Le Robert.
- Richards, D., y Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329-42.
- Rigby, S., y Ryan, R. (2011). *Glued to games: How video games draw us in and hold us spellbound*. Santa Barbara, CA: Praeger.
- Rijn, B., Cooper, M., Jackson, A., y Wild, C. (2015). Avatar-based therapy within prison settings: pilot evaluation. *British Journal of Guidance and Counselling*, 1-16.
- Rizzo, A., Shilling, R., Forbell, E., Scherer, S., Gratch, J., y Morency, L. (2015). Autonomous virtual human agents for healthcare information support and clinical interviewing. *Artificial Intelligence in Behavioral and Mental Health Care*, 53-79.
- Roopchand, S., Nelson, G., Gordon, C., y Sing, S. (2015). A pilot study using the XBOX Kinect for exercise conditioning in sedentary female university students. *Technology and Health Care*, 23(3), 275-283.
- Rus, M., Gutierrez, J., Ribas, J. (2014). A virtual reality-integrated program for improving social skills in patients with schizophrenia: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry*, 45, 81–9.
- Schmierbach, M. (2010). "Killing spree": Exploring the connection between competitive game play and aggressive cognition. *Communication Research*, 37(2), 256–274.

- Schou, C., Billieux, J., Griffiths, M., Kuss, D., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., y Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 252.
- Seamon, B., DeFranco, M., y Thigpen, M. (2016). Use of the Xbox kinect virtual gaming system to improve gait, postural control and cognitive awareness in an individual with progressive supranuclear palsy. *Disability and Rehabilitation*, 1-6.
- Servais, O. (2015). Funerals in the 'World of Warcraft': religion, polemic, and styles of play in a videogame universe. *Social Compass*, 62(3), 362-378.
- Shaw, A. (2010). What is video game culture?. Cultural studies and game studies. *Games and Culture*, 5(4), 403-424.
- Skoric, M., Teo, L., y Neo, R. (2009). Children and video games: Addiction, engagement and scholastic achievement. *Cyberpsychology and Behavior*, 12, 567- 572.
- Smohai, M., Urbán, R., Griffiths, M., Király, O., Mirnics, Z., Vargha, A., y Demetrovics, Z. (2016). Online and offline video game use in adolescents: Measurement invariance and problem severity. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1-6.
- Steinkuehler, C., y Duncan, S. (2008). Scientific habits of mind in virtual worlds. *Journal of Science Education and Technology*, 17, 530-543.
- Stendal, K., y Balandin, S. (2015). Virtual worlds for people with autism spectrum disorder: a case study in second life. *Disability and Rehabilitation*, 37(17), 1591-8.
- Stip, E., Thibault, A., Beauchamp, A., y Kisely, S. (2016). Internet addiction, Hikikomori syndrome, and the prodromal phase of psychosis. *Frontiers in psychiatry*, 7.
- Straker, L., Fenner, A., Howie, E., Feltz, D., Gray, C., Lu, A., y Barnett, L. (2015). Efficient and effective change principles in active videogames. *Games for Health Journal*, 4(1), 43-52.
- Stokes, B. (2005). Videogames have changed: time to consider "serious games"?. *Development Education Journal*, 11(3), 12-14
- Sween, J., Wallington, S., Sheppard, V., Taylor, T., Llanos, A., y Adams, L. (2014). The role of exergaming in improving physical activity: A review. *Journal of Physical Activity and Health*, 11(4), 864-870.
- Tanaka, J., Wolf, J., Klaiman, C., Koenig, K., Cockburn, J., Herlihy, L. (2010) Using computerized games to teach face recognition skills to children with autism spectrum disorder: the Let's Face It! program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 944-52.
- Tang, T., y DeRubeis, R. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 894.
- Teo, A. (2013). Social isolation associated with depression: a case report of hikikomori. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(4), 339-41.
- Teo, A., Fetters, M., Stufflebam, K., Tateno, M., Balhara, Y., y Choi, T. (2015). Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: psychosocial features and treatment preferences in four countries. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 64-72.
- Unnithan, V., Houser, W., y Fernhall, B. (2006). Evaluation of the energy cost of playing a dance simulation video game in overweight and non-overweight children and adolescents. *International Journal of Sports Medicine*, 27(10), 804-809.
- Vaillant, G. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition?. *World Psychiatry*, 11(2), 93-9.
- Velez, J., Mahood, C., Ewoldsen, D., y Moyer, E. (2014). Ingroup versus outgroup conflict in the context of violent video game play: The effect of cooperation on increased helping and decreased aggression. *Communication Research*, 41(5), 607-626.
- Verduin, M., LaRowe, S., Myrick, H., Cannon, J., y Bowers, C. (2013) Computer simulation games as an adjunct for treatment in male veterans with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(3), 316-22.
- Whalen, Z., y Taylor, L. (2008). *Playing the past: History and nostalgia of videogames*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.
- Yang, C., y Liu, D. (2017). Motives matter: motives for playing Pokémon Go and implications for well-being. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(1), 52-57.
- Yee, N., Bailenson, J., Ducheneaut, N. (2009). The proteus effect: implications of trans-formed digital self-representation on online and offline behavior. *Communication Research*, 36(2), 285-312.
- Yellowlees, P., Holloway, K., y Parish, M. (2012). Therapy in virtual environments-clinical and ethical issues. *Telemedicine and e-Health*, 18(7), 558-64.
- Young, K. (2009). Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. *The American Journal of Family Therapy*, 37(5), 355-372.

- Yuen, E., Herbert, J., Forman, E., Goetter, E., Comer, R., y Bradley, J. (2013). Treatment of social anxiety using online virtual environments in second life. *Behavior Therapy*, 44, 51–61.
- Zhou, Z., Zhu, H., Li, C., y Wang, J. (2014). Internet addictive individuals share impulsivity and executive dysfunction with alcohol-dependent patients. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 288.
- Zoccolillo, L., Morelli, D., Cincotti, F., Muzzioli, L., Gobbetti, T., Paolucci, S., y Losa, M. (2015). Video-game based therapy performed by children with cerebral palsy: a cross-over randomized controlled trial and a cross-sectional quantitative measure of physical activity. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 51(6), 669-76.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

Intervención aplicada a un caso real

Trabajo de fin de grado de Alejandro Sabarit Peñalosa,
tutorizado por Margarita Bravo Sanz

Resumen

Este trabajo se centra en el Análisis de puestos de trabajo (ADPT), procedimiento metodológico que permite obtener toda la información referente a las funciones y competencias que demanda un puesto.

Este estudio cuenta con la particularidad de que se trata de una intervención aplicada a un caso real. El objetivo principal de este proyecto ha sido realizar una clasificación de grupos profesionales en la cual queden organizados y delimitados los puestos. Se ha trabajado sobre una muestra de 26 empleados pertenecientes a 11 puestos de trabajo distintos. La recogida de información se ha llevado a cabo a través de un cuestionario (Descripción de Puestos de Trabajo) y de una entrevista estructurada. Para ello, nos hemos reunido varias veces en la oficina de la consultoría con el fin de analizar los datos recogidos en las pruebas administradas. Los resultados obtenidos han sido 11 ADPT, cada uno perteneciente a un puesto, y un organigrama de la empresa que recoge la dependencia entre puestos.

Como conclusión, se ha obtenido una actualización del anterior ADPT de la empresa donde quedan recogidos los cambios ocurridos durante los últimos años, estableciendo una estructuración y clasificación de los puestos más acorde con la realidad actual de la empresa.

Palabras clave: Análisis y descripción de puestos, gestión recursos humanos, grupos profesionales, organigrama.

Introducción

El *Análisis y Descripción de Puestos de Trabajo* (ADPT) es un proceso a través del cual se deciden las tareas que conforman cada puesto dentro de una organización, así como las responsabilidades correspondientes dentro del mismo (Ducceschi, 1982). Según Patricio (2011), se trata de una técnica básica tanto a efectos de planificación de plantilla como elemento de referencia para otras herramientas de gestión.

Por tanto, se puede considerar como el punto de partida de toda actividad en el departamento de los *recursos humanos* (RR.HH.). Su importancia radica en las necesidades que son capaces de satisfacer. Estas necesidades de las que hablamos pueden ser: eliminación del sistema anárquico, establecer un sistema retributivo, fomentar interés y compromiso por el desarrollo y promoción en la empresa, etc.

Aunque no se puede fijar en un hecho o época concreta los inicios de este proceso, existe un acuerdo en relacionar los orígenes del ADPT con el inicio de la revolución industrial, esto debido a la transformación económica, política y social, así como al gran desarrollo de la tecnología industrial que caracterizó aquella época (hablamos de mediados del siglo XVIII), provocando un aumento de la producción y su consecuente especialización en el trabajo. Es por ello que diversos autores del momento se plantearon la necesidad de estudiar el trabajo de una manera sistemática y científica (Fernández-Ríos, 1995).

Un hecho importante, y que podría establecer un punto de inflexión, fueron las investigaciones de Taylor (mediados del siglo XIX), que dieron lugar al estudio científico del trabajo, cuyo trabajo consistió en analizar con el máximo detalle las diferentes tareas de cada puesto para obtener la máxima productividad. (Sastre y Aguilar, 2003).

A pesar de que a principios del siglo XX hubo importantes avances en lo que a este tema se refiere, como la creación de la Organización Internacional del Trabajo en 1919, no será hasta la segunda mitad del mismo siglo (tras finalizar la II Guerra Mundial) cuando comience su implantación en las empresas y organizaciones (Fernández-Ríos, 1995).

Las necesidades subyacentes a esta técnica han ido variando a lo largo de las décadas: si en un inicio lo que se pretendía era centrarse en la reducción de los costes, actualmente la necesidad está más enfocada en mejorar el compromiso de la persona o trabajador con la empresa a la que pertenece.

En cuanto a su desarrollo, un ADPT bien elaborado debe responder, según Rubió (2016), a las siguientes cuestiones:

Qué se hace: actividades, tareas y funciones.

Cómo lo hace: métodos y materiales empleados.

Cuándo lo hace: en qué horario.

Por qué lo hace: finalidad del puesto.

Sin embargo, quizás la pregunta más importante que debemos plantearnos sería para qué realizamos el ADPT, cuál es su finalidad. La respuesta a esta pregunta se corresponde con las aplicaciones que puede tener un análisis de los puestos de trabajo. Estos usos son muy variados, pues entre otras cabría destacar: la optimización de la estructura organizativa, la planificación de los RR.HH. y dotación de personal, el reclutamiento y selección de personal, el diseño y desarrollo de planes de carrera, la valoración y clasificación de puestos de trabajo, etc. (Fernández-Ríos, 1995). Pero, en cuanto a aplicaciones se refiere, entraremos en detalles más adelante.

¿Sabías que definir los puestos de trabajo ayuda a...?

Contar con un manual del puesto detallado que facilite los procesos de selección del personal. Ayuda a contar con las personas apropiadas en el momento adecuado.

Evaluar la adecuación del personal actual a los puestos, tanto en conocimientos, habilidades como en actitudes requeridas. Optimizar la triada persona-puesto-resultado, promoviendo todo el potencial de las personas que integran las organizaciones, a la vez que optimizan los procesos organizativos.

Desarrollar la integración de las personas en la organización y en su cultura, y el deseo de permanecer en la organización.

Diseñar un programa de formación que permita reducir el gap que exista entre los requerimientos del puesto y las competencias de los ocupantes. Considerar las necesidades de las personas y las posibilidades de la empresa.

Diferencias conceptuales entre A.P.T. y D.P.T.

“El ADPT es un procedimiento metodológico que nos permite obtener toda la información relativa a un puesto de trabajo. Este proceso consta de dos fases claramente identificables y diferenciadas: *análisis de puestos de trabajo* (APT) y descripción de puestos de trabajo (DPT)” (Fernández-Ríos, 1995, p. 55).

Rubió (2016, p. 112) nos aporta una definición más actual y moderna, si bien similar a otras, definiendo ADPT como “un procedimiento que consiste en determinar los elementos y características específicas de cada actividad realizada en el puesto analizado. [...] Esto facilita un conocimiento respecto a la utilidad de los mismos para la compañía y una especificación o definición del perfil profesional requerido para poder realizar adecuadamente las actividades que precisa cada puesto”.

Si bien se tratan de conceptos muy relacionados y, en ocasiones, considerados idénticos y no diferenciados, se procederá a definir y a matizar un A.P.T. respecto de una D.P.T.

Según Pereda (1993, p. 9), el Análisis del Trabajo se puede definir como “el proceso mediante el cual se obtiene toda la información relevante a un trabajo determinado que pueda ser útil para un óptimo desempeño del mismo, tanto en lo que se refiere a la consecución de los objetivos y metas de la organización, como a la seguridad, satisfacción y comodidad de los operarios. Por tanto, con el Análisis del Trabajo deberán quedar perfectamente definidas las características y demandas del trabajo, tanto desde el punto de vista técnico como del humano”.

En opinión de Fernández-Ríos (1995, p. 57), “el análisis de puestos de trabajo se define como el proceso a través del cual un puesto de trabajo es descompuesto en unidades menores e identificables. Estas unidades menores suelen ser las tareas, pero el proceso analítico puede ir más allá para descender, por ejemplo, al nivel de las operaciones, acciones, movimientos... Por extensión, el análisis puede incluir la identificación de requerimientos del trabajo y de otras características del entorno del puesto de trabajo”.

Dolan, Sculer y Valle (1999) definen el análisis de puesto de trabajo como “un proceso que consiste en describir y registrar el fin de un puesto de trabajo, sus principales cometidos y actividades, las condiciones bajo las que éstas se llevan a cabo y los conocimientos, habilidades y aptitudes necesarios”.

A modo de síntesis, podemos referirnos al A.P.T. como el proceso que, por un lado, recopila la información acerca de un puesto de trabajo, referente a las tareas o funciones a realizar, objetivos y metas a cumplir, así como las obligaciones y responsabilidades que éstas conllevan. Mientras que, por el otro lado, se dedica a definir el perfil de la persona que se adapta al puesto: habilidades, competencias, formación, etc.

En cuanto a la D.P.T. se refiere, citando nuevamente a Fernández-Ríos (1995, p. 58), este autor define la descripción de puestos de trabajo como “la exposición detallada, estructurada, ordenada y sistemática, según un protocolo dado, del resultado del A.P.T.”.

Siguiendo a Patricio (2011, p. 50), “la descripción define el trabajo en términos de su contenido y alcance. Supone elaborar de forma estructurada un listado de responsabilidades, las relaciones jerárquicas que le condicionan, las condiciones del trabajo, las responsabilidades de supervisión, etc.”.

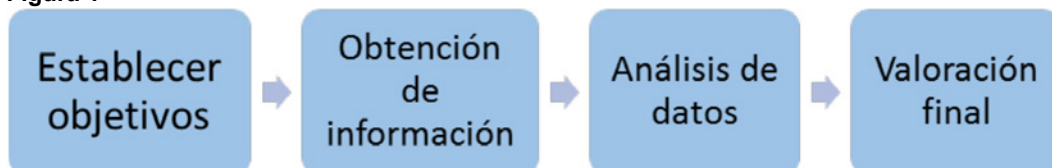
Por tanto, podríamos considerar, a grandes rasgos, el APT como el proceso por el cual se obtiene la información referente al puesto, centrándose en las funciones y condiciones pertinentes; mientras que, el DPT podría ser la descripción más estructurada, detallada y minuciosa de las tareas y funciones recogidas, anteriormente, en el análisis acerca del puesto en cuestión. Así pues, en un proceso continuo, el DPT sería el proceso natural posterior al APT.

El proceso de ADPT

En primer lugar, es importante especificar que “el ADPT es una técnica referida exclusivamente a las características y requisitos del puesto de trabajo, independientemente de la persona que lo ocupe” (Rubió, 2016).

El proceso de ADPT está compuesto por una serie de etapas que, aunque flexibles y adaptables al proyecto, suelen seguir una misma línea general como la que proponemos a continuación:

Figura 1



Siguiendo la línea de trabajo establecida por Rodríguez y Zarco (2008), un proceso de ADPT estaría compuesto por las siguientes fases:

Establecimiento y formulación de objetivos.

Planificación del proceso:

Identificación de los puestos a analizar.

Selección de métodos de recogida de datos.

Desarrollo de cronograma de trabajo.

Ejecución:

Recogida y análisis de datos.

D.P.T.

Evaluación de los resultados.

Actualización y Control:

Establecer un programa de actualización.

En primer lugar, anterior a todo proceso de planificación, hay que establecer los objetivos que justifiquen la realización de este proceso, basándonos para ello en las necesidades detectadas previamente en la organización.

A continuación, en la etapa correspondiente a la planificación, se iniciaría con la identificación de los puestos de trabajo de la empresa a analizar. Posteriormente, se pasaría a establecer los métodos con los que recogeremos la información pertinente, así como la muestra a evaluar. Para finalizar esta fase, se procedería a desarrollar un cronograma que establezca un orden de trabajo y refleje las citas correspondientes.

En cuanto a la fase de ejecución se refiere, se llevaría a cabo la recogida de información y, una vez obtenido los datos, la consecuente descripción de puestos. Una vez hayamos completado el informe, se procedería a realizar una evaluación de éste con el fin de confirmar dicha información y conseguir su aprobación definitiva.

El último paso de este procedimiento sería establecer un programa de actualización con el propósito de poder realizar una revisión periódica, esto debido a la naturaleza dinámica que tienen los puestos de trabajo (Rodríguez y Zarco, 2008).

Como se mencionaba al principio del texto, son numerosas las utilidades que se vinculan con un proceso de A.D.P.T. correctamente realizado.

Continuando con las aportaciones de Rubió (2016), se procede a exponer las principales aplicaciones de esta herramienta en el ámbito de los RR.HH. y las organizaciones:

Reclutamiento y Selección de personal. A partir de las características del puesto a cubrir, definidas a partir del ADPT, se puede definir el perfil del candidato adecuado para el mismo.

Elaboración del organigrama. El ADPT permite recoger las relaciones (ya sean superiores, inferiores o entre iguales) establecidas entre puestos dentro de una misma organización, así como la dependencia (jerárquica o funcional), reflejándose en el organigrama de la empresa.

Coordinación y delimitación de funciones. Este proceso es muy útil para la coordinación y desempeño de las funciones.

Diseño y desarrollo de Planes de carrera. Para ello, es necesario recoger información acerca de la persona (competencias, oportunidades y potenciales) y del puesto (características y requisitos).

Planes de Formación. Esta herramienta nos permite detectar las necesidades formativas y de capacitación a partir de la información que aporta sobre los conocimientos, habilidades y competencias para el correcto desempeño en el puesto.

Valoración de puestos (VPT). Esta técnica permite atribuir un valor relativo a cada puesto, así como establecer la estructura retributiva dentro de una organización, partiendo de la información asociada al ADPT.

Sistemas retributivos. A partir de esta herramienta se establece la base para la creación de categorías profesionales y la asignación de márgenes salariales.

Seguridad y salud / Planes de Riesgos Laborales (PRL). En el informe correspondiente al ADPT se recoge información acerca de los riesgos y peligros del puesto.

Figura 2



Otras dos aplicaciones vinculadas a esta herramienta que nos parecen de lo más útil, aunque no se entrará en detalles, son las propuestas por Patricio (2011):

Evaluación del desempeño.

Procesos de adecuación puesto – persona.

Metodología

Métodos de recogida de datos

Como mencionábamos anteriormente, uno de los pasos a seguir en el proceso de ADPT es el de escoger, de modo minucioso, el método de recogida de datos que vamos a emplear. Existen diversas técnicas para obtener y recopilar información sobre los puestos de trabajo. A continuación, se procede a explicar los que son considerados más destacados, debido a la fiabilidad y validez de sus resultados (Pereda, 1993):

Observación. Este método consiste en la obtención directa de información a través del registro de la actividad, funciones y tareas, llevada a cabo por el empleado, mediante un analista o profesional encargado de observar.

Este método suele ser considerado a la hora de recabar información sobre puestos base o muy estructurados. Entre las ventajas, encontramos que se puede obtener mucha información objetiva a través de este método, Sin embargo, cuenta con el inconveniente de requerir mucho tiempo, además de producirse un efecto HALO.

Cuestionarios Estructurados. Este procedimiento facilita la recopilación de datos por parte del profesional, recogiendo los tests cumplimentados por los trabajadores en base a unos parámetros marcados por el analista. Al igual que la técnica anterior, ésta se usa para evaluar puestos muy básicos o estructurados. Entre sus ventajas se encuentra la estandarización de la información, así como la cantidad de información obtenida con poco tiempo requerido. Por otro lado, entre sus inconvenientes cabe destacar la poca información que aporta acerca de los puestos poco estructurados.

Existen otros tipos de cuestionarios empleados con frecuencia como serían los abiertos y los mixtos.

Entrevistas Dirigidas. Esta técnica permite obtener información partiendo de un cuestionario (señalar cuestionario) o esquema previamente preparado, pero con la particularidad de que aporta cierta libertad y flexibilidad para centrarse en aquellos aspectos que considere más relevante. Por tanto, se consideran un método semi-estructurado. Las entrevistas pueden ser individuales o grupales, siendo las primeras las más usadas para recoger información sobre puestos directivos o pocos estructurados, además de para puestos intermedios, mientras que las segundas se utilizan únicamente para estos últimos. Las ventajas más destacadas son la cantidad de información que aporta y su gran flexibilidad, pero muestra un importante inconveniente que sería la cantidad de tiempo requerida y el costo que ello supondría.

A la hora de utilizar un método y llevarlo a cabo, han de seguirse una serie de fases o etapas comunes a cualquier instrumento que utilices. Las fases serían las siguientes:

Identificar la información sobre el puesto en el departamento.

Determinar a qué ocupantes pasaremos el instrumento, así como determinar el material que vamos a emplear. Es muy importante informar, comunicar el proceso y método llevado a cabo con los participantes.

Ejecutar el método. Es muy importante tener en cuenta la duración, y cumplir, en la medida de lo posible, los tiempos estimados inicialmente.

Por último, se procedería a verificar la información. Con este paso se daría por concluida la prueba.

Existen otros tipos de métodos de recogida de información, aunque más inusuales, como pueden ser, según Rodríguez y Zarco (2008) y Rubió (2016):

Diarios laborales: esta técnica consiste en el autorregistro diario y sistemático, por parte del ocupante del puesto, de las actividades realizadas y el tiempo empleado en las mismas.

Reunión de expertos: se trata de un encuentro entre profesionales en un mismo puesto cuyo propósito es el de reunir, integrar información específica sobre el puesto en cuestión.

Incidentes críticos: este método se basa en la observación y determinación de las actividades que suponen consecuencias positivas para el resultado del desempeño del puesto.

Aplicación a una empresa real

Como mencionábamos al principio, un ADPT debe responder a la pregunta *Por qué se hace*, cuál es la meta que se persigue o por qué es tan necesario.

Para responder a estas cuestiones debemos centrarnos en la finalidad del puesto, es decir, la importancia de realizar un buen ADPT radica en establecer la trascendencia que tiene un puesto en el organigrama de la empresa, determinar su propósito, así como delimitar sus funciones y tareas para que no haya ningún solapamiento con las de otro puesto.

Objetivo

El objetivo del presente estudio es participar en la actualización de un proyecto real de Análisis de Puesto de Trabajo para una empresa de Málaga en la que la descripción de sus puestos había quedado obsoleta.

Lo que se pretende en este trabajo sería, por un lado, realizar una clasificación de grupo profesionales en la cual, estén delimitados cada puesto como unidad independiente pero dentro de su familia ocupacional correspondiente. Por otra parte, establecer la *Relación de Puestos de Trabajo (R.P.T.)* que facilite la ordenación del personal.

La meta final que persigue la empresa sería poder llevar a cabo la *Valoración de Puestos de Trabajo (V.P.T.)*, una de las aplicaciones que se le atribuyen al A.P.T.

Procedimiento

En colaboración con una consultoría, se ha realizado este proyecto para una compañía referente en el sector de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Ésta es una gran empresa que cuenta con muchos años de experiencia en el sector y con un gran número de trabajadores en su plantilla, estos repartidos en, al menos, dos grandes talleres. Sin embargo, en este estudio nos hemos centrado en el ADPT de un taller concreto de una de sus áreas productivas.

El proceso de elaboración ha sido el siguiente:

En un primer momento, se concertaron entre el Director de la consultoría y el Director de la empresa varias reuniones con el fin de visitar las instalaciones y conocer a fondo la compañía y las infraestructuras que la conforman.

En estas reuniones se establecieron los objetivos que se pretenden cumplir con la realización de esta técnica y se fijaron unos plazos temporales para la consecución de los mismos.

Tras varias visitas a la misma, el siguiente paso consistió en la planificación metódica a seguir. Primero, se identificaron los puestos de trabajo que se habrían de analizar.

Seguidamente, se seleccionó qué tipo de pruebas se les administraría a los empleados de la empresa, así como los trabajadores a los cuales se les realizaría la Pasación de las mismas.

Una vez seleccionados, se estableció un horario de entrevista para cada empleado a lo largo de unos meses en las oficinas de la compañía, y se desarrolló un cronograma donde se reflejó cada cita concertada.

Una vez realizada la recogida de datos, a través de la Pasación de las pruebas a todos y cada uno de los empleados, se pasó a analizar los resultados con la intención, como se ha mencionado anteriormente, de clasificar las tareas y funciones y delimitar de esta forma la misión de cada puesto, quedando bien diferenciados.

El paso final del proyecto sería, una vez realizado cada uno de los A.P.T. correspondientes a cada puesto (y la posterior V.P.T.), enviar a la empresa contratante un informe del proyecto finalizado con la idea de se confirme que la información es correcta o, en caso contrario, realice las correcciones pertinentes y se haga una segunda versión con todas las correcciones oportunas.

Personalmente, para llevar a cabo el proyecto, tuve que reunirme en varias ocasiones con el Director-Gerente de la consultoría en sus oficinas, con el fin de abordar qué método seguir a la hora de abarcar el programa, así como establecer una línea de trabajo.

Para ello, acordamos vernos en las oficinas un par de días por semana con la intención de trabajar allí los cuestionarios y entrevistas cumplimentados por los trabajadores de la empresa.

Nuestra misión fue la de analizar cada uno de los tests de los empleados y las notas obtenidas de las entrevistas para poder realizar el pertinente ADPT, teniendo que discriminar y asignar las tareas, funciones y responsabilidades perteneciente a cada puesto y, obtener así, la clasificación profesional de los puestos que componen el taller de la empresa que nos acontece y la estructura resultante que conforma el organigrama final del mismo.

Instrumentos

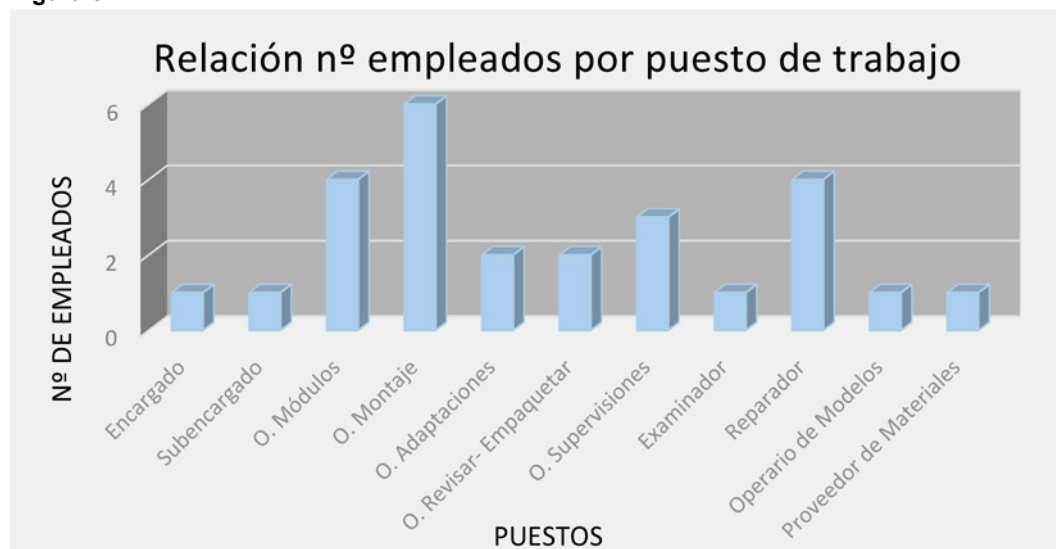
Las pruebas seleccionadas fueron un cuestionario (DPT) y la Pasación de una entrevista. El cuestionario es una adaptación realizada por la propia consultoría donde se recoge la información relacionada con las funciones y responsabilidades del puesto, así como información acerca del perfil profesional, como veremos más adelante, además de aspectos relacionados con el procedimiento de *Valoración de puestos de trabajo* (V.P.T.). El lector podrá ver un ejemplar de la parte analizada de este cuestionario al final del trabajo. En cuanto a la entrevista, se trata de un instrumento estructurado, que ha sido administrado individualmente a cada empleado participante. Para cada puesto se ha administrado el mismo material.

Participantes

La muestra se compuso de 26 empleados a los cual se les realizó las pruebas ya mencionadas, pertenecientes a 11 puestos de trabajo distintos dentro del taller en cuestión.

En la siguiente tabla se representa gráficamente la relación existente entre cada puesto de trabajo y el número de empleados que lo ocupan.

Figura 3



Resultados

A continuación, se mostrarán los resultados de los ADPT realizados para cada puesto. Estos están compuestos por los siguientes apartados:

Funciones y Responsabilidades:

Funciones: recoge las tareas a realizar en un mismo puesto.

Misión: hace referencia al objetivo principal del puesto.

Perfil profesional:

Dependencia: indica la relación jerárquica y/o funcional de cada puesto.

Perfil profesional y Requisitos académicos: se incluye toda la formación necesaria que requiere un determinado puesto, desde los estudios académicos hasta la experiencia previa.

Competencias críticas: se refiere al conjunto de capacidades y habilidades personales fundamentales para desarrollar las tareas que conforman cada puesto.

También se incluye un cuadro de identificación para cada puesto en el que se recoge la información correspondiente a:

Nombre del puesto.

Código del puesto.

Fecha de realización

Nombre Puesto: ENCARGADO Código Puesto: 01 Fecha: Junio 17

Funciones y Responsabilidades

El Encargado deberá llevar un control exhaustivo sobre la producción con el fin de asegurarse el cumplimiento de plan de producción, así como de la calidad estimada.

Control de las distintas áreas asociadas a la Línea de Producción.

Controlar el personal asignado a la línea.

Supervisar y verificar los útiles y puestos.

Comprobar el perfecto procedimiento en el trabajo estandarizado de los empleados.

Tomar medidas para corregir cualquier anomalía.

Acciones de formación del personal, así como capacitación en el puesto de trabajo y motivación del equipo.

Resolución de incidencias en producción.

Perfil Profesional

Dependencia

El Encargado tiene una dependencia jerárquica con el Jefe de Taller, mientras que su dependencia funcional está vinculada a las siguientes áreas:

Ingeniería

Calidad

Producción

Almacén

Perfil Profesional

Titulación académica necesaria: Graduado Escolar, E.S.O. Sin embargo, es valorable poseer estudios medio o superior de nivel técnico.

Para el desenvolvimiento del puesto, es necesario poseer experiencia profesional de entre 5 y 10 años en conocimientos en el Sistema de Producción, así como bagaje en la compañía para que el empleado pueda dominar, en mayor o menor medida, todas las posiciones del taller.

Debe contar con conocimientos a todos los niveles y con habilidades de comunicación.

Se requiere de gran capacidad para la toma de decisiones y altas cualidades para la planificación y la organización, así como dotes de liderazgo.

Importante gozar de iniciativa y el saber trabajar en equipo.

Competencias Críticas

Visión interdepartamental

Orientación a los resultados y a la mejora continua

Compromiso con la compañía

Gestión de recursos

Innovación y creatividad

Análisis y solución de conflictos

Nombre Puesto: SUBENCARGADO Código Puesto: 02 Fecha: Junio 17
--

Funciones y Responsabilidades

En dependencia del Jefe de taller, el Subencargado deberá sustituir al Encargado cuando sea necesario. Tendrá como misión mantener el contacto con otros departamentos de la empresa, la organización del trabajo y asegurarse de que la producción sea fluida, solventando los problemas adyacentes y tomando decisiones sobre la asignación de recursos. Su objetivo será hacer cumplir el Plan de Producción.

Organizar y coordinar las distintas áreas asociadas a la Línea de Producción.

Controlar el personal asignado a la línea.

Supervisar y verificar los útiles y puestos.

Control de gestión interno, comprobando el perfecto procedimiento en el trabajo estandarizado de los empleados, entre otros.

Asegurarse del cumplimiento de Plan de Producción.

Cumplir funciones y tareas de operario de taller.

Perfil Profesional

Dependencia

El Subencargado tiene una dependencia jerárquica con el Jefe de Taller, mientras que su dependencia funcional está vinculada a las siguientes áreas:

Ingeniería

Calidad

Producción

Almacén

Perfil Profesional

Titulación académica necesaria: Graduado Escolar, E.S.O.

Se requiere de experiencia previa entre 5 y 10 años en conocimientos del Sistema de Producción, así como bagaje profesional en la compañía para que el empleado pueda dominar, en mayor o menor medida, todas las posiciones del taller.

Debe contar con conocimientos a todos los niveles y con habilidades de comunicación.

Se requiere de gran capacidad para la toma de decisiones y altas cualidades para la planificación y organización, así como dotes de liderazgo.

Importante gozar de iniciativa y el saber trabajar en equipo.

Competencias Críticas

Visión Interdepartamental

Orientación a los resultados y a la mejora continua

Compromiso con la compañía

Gestión de recursos

Innovación y Creatividad

Análisis y solución de conflictos

Nombre Puesto: OPERARIO DE MÓDULOS Código Puesto: 03 Fecha: Junio 17

Funciones y Responsabilidades

El Operario de Módulos se encarga del montaje de aparatos. Deberá ensamblar las unidades (GBNA/GBRU) en un subconjunto para su instalación en un ATM.

Montaje / Ensamblaje de unidades, así como su revisión y valoración del equipo.

Tareas de montaje y Configuración de unidades, cableado, claves...

Prueba funcional básica del subconjunto.

Recepción e inspección de materiales, así como su organización.

Mantenimiento y Limpieza de las máquinas.

Perfil Profesional

Dependencia

El Operario de Módulos tiene una dependencia jerárquica con el Encargado, mientras que su dependencia funcional es el área de Almacén.

Perfil Profesional

Titulación académica necesaria: Graduado Escolar, ESO. Se requiere de cursos de formación específicos. Es valorable poseer un buen nivel de inglés.

Se requiere de un bagaje profesional de entre 6 meses y 1 año en el mismo sector o similar.

Es necesario disponer de conocimientos específicos básicos sobre el procedimiento de trabajo, así como el uso de herramientas específicas, adquiridos mediante un periodo de adaptación.

Se requiere de capacidad de análisis y comprensión para seguir instrucciones sencillas. Es necesario ciertas habilidades y destrezas manuales para la realización de tareas.

Se trata de una persona con iniciativa, autónoma y resolutiva, así como con altas cualidades para la planificación y organización.

Competencias Críticas

Orientación a los resultados y a la mejora continua.

Gestión de recursos.

Trabajo en equipo.

Capacidad analítica y resolutiva.

Nombre Puesto: OPERARIO DE MONTAJE Código Puesto: 04 Fecha: Junio 17

Funciones y Responsabilidades

El Operario de Montaje se encarga del cableado y montaje de la caja fuerte. Debe montar todos los componentes eléctricos y mecánicos del equipo y, posteriormente, responsabilizarse de la verificación del mismo.

Montaje y ensamblaje de las diferentes unidades pertenecientes al cajero.

Montaje y cableado de la Caja Fuerte

Montaje y cableado de cabinet

Ajustes de cajeros

Prueba funcional básica de los productos ensamblados para comprobar su calidad

Recepción e inspección de materiales, así como su organización.

Mantenimiento y Limpieza de las máquinas.

Perfil Profesional

Dependencia

La dependencia jerárquica del Operario de Montaje es hacia el Jefe de Taller y/o Encargado, mientras que la dependencia funcional es con el área de Calidad y Almacén.

Perfil Profesional

Titulación académica necesaria: Graduado Escolar, E.S.O. Se requiere de cursos de formación específicos. Es valorable poseer un nivel intermedio de inglés.

Se requiere de un bagaje profesional de entre 6 meses y 1 año en el mismo sector o similar.

Se precisa conocimientos en ofimática, así como conocimientos en el manejo de dispositivos tecnológicos.

Suele ser una persona dinámica, con iniciativa, autónoma y resolutiva. Se requiere de destrezas para la realización de tareas y a la hora de analizar y solucionar problemas.

Competencias Críticas

Orientación a los resultados y a la mejora continua

Gestión de recursos

Trabajo en Equipo

Capacidad analítica y resolutiva

Planificación y Organización

Nombre Puesto: OPERARIO DE ADAPTACIONES Código Puesto: 05 Fecha: Junio 17
--

Funciones y Responsabilidades

El Operario de Adaptaciones debe realizar las acciones necesarias para que todas las unidades de los equipos estén en su lugar para que no fallen. Debe encargarse de hacerlas coincidir, ajustar todas las unidades del equipo, asegurarse de que no falten piezas y reparar, en caso de que sea necesario.

Ajustar medidas de las unidades.

Arreglar averías y cambiar unidades averiadas.

Reparaciones mecánicas, eléctricas o electrónicas, en caso de ser necesario, o derivar a quien corresponda

Perfil Profesional

Dependencia

El Operario de Adaptaciones depende jerárquicamente del Jefe de Taller y/o Encargado, quien deriva a los empleados de Producción e Ingeniería.

Perfil Profesional

Titulación académica necesaria: Graduado Escolar, E.S.O., FP I o equivalente. Se requiere de cursos de formación específicos. Es valorable poseer un nivel intermedio de inglés.

Es importante contar con bagaje profesional previo de entre 1 y 2 años. Es importante contar con experiencia previa en el área de ensamblaje, así como conocer el Sistema de Producción.

Suele ser una persona con destrezas manuales, necesarias para la realización de sus tareas y cualificada para el manejo de herramientas específicas.

Suele ser una persona con iniciativa, autónoma y resolutiva.

Competencias Críticas

Orientación a los resultados y a la mejora continua

Gestión de recursos

Trabajo en Equipo

Capacidad analítica y resolutiva

Planificación y Organización

Conocimientos y experiencia

<p>Nombre Puesto: OPERARIO DE REVISAR - EMPAQUETAR Código Puesto: 06 Fecha: Junio 17</p>

Funciones y Responsabilidades

El Operario de Revisar-Empaquetar debe encargarse de la revisión de la unidad completa, etiquetado, anclaje de piezas para el transporte, limpieza total del equipo y embalaje.

Revisión de cajero

Anclaje de las piezas

Limpieza del equipo

Embalaje y etiquetado del cajero

Perfil Profesional

Dependencia

El Operario de Revisar-Empaquetar depende jerárquicamente del Encargado, a quien reporta de su trabajo.

Perfil Profesional

Titulación académica necesaria: Graduado Escolar, E.S.O.

Requiere de un periodo de adaptación no superior a 6 meses para adaptarse a las responsabilidades que demanda el puesto.

Es importante tener experiencia previa en el manejo de herramientas.

Suele ser una persona dinámica, resolutiva y autónoma.

Suele ser una persona con destrezas manuales para la realización de sus tareas y el manejo de herramientas.

Competencias Críticas

Orientación a los resultados y a la mejora continua

Gestión de recursos

Trabajo en Equipo

Capacidad analítica y resolutiva

Planificación y Organización

Nombre Puesto: OPERARIO DE SUPERVISIONES Código Puesto: 07 Fecha: Junio 17

Funciones y Responsabilidades

El Operario de Supervisiones debe realizar pruebas al cajero y asegurarse de que el equipo funciona correctamente y sale a la calle con todas las garantías.

Pruebas y verificaciones de cajero.

Análisis y reparación de averías eléctricas y electrónicas sencillas.

Calibración de seguridad del cajero.

Implementación de documentación para descartes de unidades.

Inspección y revisión de la calidad de equipos.

Realización de pruebas de seguridad.

Análisis de anti-virus de los equipos informáticos.

Colaboración con grupo multidisciplinar proponiendo acciones para reducir el defectivo.

Perfil Profesional

Dependencia

El empleado en Pruebas tiene una dependencia jerárquica con el Encargado, mientras que tiene una dependencia funcional con las áreas de Ingeniería y Calidad.

Perfil Profesional

Titulación académica necesaria: Graduado Escolar, E.S.O., FP I o equivalente. Se requiere de cursos de formación específicos. Es valorable poseer un nivel intermedio de inglés.

Es necesario contar con experiencia previa de entre 1 y 2 años en la realización de tareas en el sector (prueba de equipos informáticos y averías de equipos eléctricos y electrónicos) o similar.

Se requiere de destrezas manuales para el manejo de herramientas y equipos específicos.

Se precisa conocimientos en ofimática, así como conocimientos en el manejo de dispositivos tecnológicos.

Requiere de capacidad de análisis y comprensión para seguir instrucciones detalladas.

Suele ser una persona con iniciativa, dinámica y con autonomía para tomar decisiones.

Competencias Críticas

Orientación a los resultados y a la mejora continua.

Trabajo en equipo.

Planificación y Organización

Capacidad analítica y resolutive.

Capacidad de Toma de decisiones

Conocimientos y experiencia.

Nombre Puesto: EXAMINADOR Código Puesto: 08 Fecha: Junio 17
--

Funciones y Responsabilidades

El Examinador deberá analizar los defectos detectados en el proceso de fabricación y, una vez que aparezca el fallo, detectar el por qué.

Análisis las averías de los defectos detectados en el proceso de fabricación.

Control de registro del defectivo en proceso.

Colaboración con grupo multidisciplinar proponiendo acciones para reducir el defectivo.

Ejecutar e informar al líder de acciones de calidad para la mejora del defectivo.

Realizar pruebas y verificaciones.

Colaboración con grupo multidisciplinar proponiendo acciones para reducir el defectivo.

Perfil Profesional

Dependencia

El Examinador depende jerárquicamente del Jefe de Taller, a quien reporta de su trabajo, mientras que tiene una dependencia funcional con las siguientes áreas:

Ingeniería

Calidad

Producción

Perfil Profesional

Titulación académica necesaria: Graduado Escolar, E.S.O., FP I o equivalente. Se requiere de cursos de formación específicos. Es valorable poseer un nivel intermedio de inglés.

Para el puesto se requiere de experiencia previa de entre 1 y 2 años en puestos de Pruebas y Verificación de equipos, y/o en Reparación de equipos electromecánicos, así como en el manejo de instrumentos y medidas específicas.

Se precisa conocimientos en ofimática, así como conocimientos en el manejo de dispositivos tecnológicos.

Es importante que la persona posea iniciativa y gran capacidad para el análisis que le permita hacer frente y resolver los errores.

Es considerable tener capacidad de toma de decisiones, así como innovación y creatividad que le permita afrontar los posibles problemas que puedan surgir.

Competencias Críticas

Orientación a los resultados y mejora continua

Comunicación

Capacidad analítica y resolutive

Análisis y solución de conflictos

Conocimientos y experiencia

Planificación y Organización

Nombre Puesto: REPARADOR Código Puesto: 09 Fecha: Junio 17

Funciones y Responsabilidades

El Reparador debe analizar los defectos detectados en el proceso de fabricación y, una vez aparece el fallo, detectar el por qué y realizar los procedimientos pertinentes para arreglar la avería (siendo ésta de un nivel de complejidad intermedio), así como una actualización para su correcto funcionamiento. Realizar pruebas para ver dónde está la avería.
Reparación de averías.
Actualización de módulos en función del configurador.
Ajustes y calibrado de los módulos.

Perfil Profesional

Dependencia

El Reparador tiene una dependencia jerárquica con el Jefe de Taller, de quienes depende y a su vez reporta de su trabajo.

Perfil Profesional

Titulación académica necesaria: Graduado Escolar, E.S.O., FP I o equivalente. Se requiere de cursos de formación específicos. Es valorable poseer un nivel intermedio de inglés.
Se requiere de una experiencia previa mínima de entre 1 y 2 años en la realización de tareas del sector o similar.
El puesto requiere de un bagaje profesional previo de entre dos y tres años en otras áreas del taller.
Se precisa conocimientos en ofimática, así como conocimientos en el manejo de dispositivos tecnológicos.
Se requiere de habilidades manuales para el manejo de herramientas y maquinaria específica.
Suele ser una persona con iniciativa, capacidad para la toma de decisiones, así como de capacidades analíticas para seguir instrucciones.

Competencias Críticas

Orientación a los resultados y a la mejora continua
Iniciativa
Planificación y Organización
Capacidad para la Toma de decisiones
Capacidad analítica y resolutive
Conocimientos y experiencia

Nombre Puesto: OPERARIO DE MODELOS Código Puesto: 10 Fecha: Junio 17

Funciones y Responsabilidades

El Operario de Modelos debe realizar construcciones y modificaciones de prototipos, así como testeos de unidades.

Montaje de los subconjuntos que conforman el prototipo.

Desmontaje de prototipos.

Ajustes de unidades.

Adaptar sistemas de seguridad y alarmas.

Pruebas y testeo de prototipos.

Perfil Profesional

Dependencia

El Operario de Modelos tiene una dependencia jerárquica con el Jefe de Taller, mientras que la dependencia funcional se corresponde con las áreas de Ingeniería y Calidad.

Perfil Profesional

Titulación académica necesaria: Graduado Escolar, E.S.O., FP I o equivalente. Se requiere de cursos de formación específicos. Es valorable poseer un nivel intermedio de inglés.

Para el puesto se requiere de experiencia previa de entre 1 y 2 años en puestos de Pruebas y Verificación de equipos, y/o en Reparación de equipos electromecánicos, así como en el manejo de instrumentos y medidas específicas.

Se precisa conocimientos en ofimática, así como conocimientos en el manejo de dispositivos tecnológicos.

Suele ser una persona con iniciativa, capacidad para la toma de decisiones, así como de capacidades analíticas para seguir instrucciones.

Competencias Críticas

Orientación a los resultados y a la mejora continua

Capacidad de análisis

Toma de decisiones

Planificación y Organización

Iniciativa

Conocimientos y Experiencia

Nombre Puesto: PROVEEDOR DE MATERIALES Código Puesto: 11 Fecha: Junio 17

Funciones y Responsabilidades

El Proveedor de Materiales se encarga del abastecimiento de material a las líneas de producción.
Reponer materiales.
Limpieza y mantenimiento de materiales y herramientas.
Trasladar material del área de Subconjuntos a otras áreas de trabajo.

Perfil Profesional

Dependencia

El Proveedor de Materiales tiene una dependencia jerárquica con el Encargado, a quien reporta de su trabajo.

Perfil Profesional

Titulación académica necesaria: Graduado Escolar, ESO.

Cursos de formación específicos

Se requiere de un bagaje profesional de entre 6 meses y 1 año en el mismo sector o similar.

Se precisa conocimientos en ofimática, así como conocimientos en el manejo de dispositivos tecnológicos.

Suele ser una persona con iniciativa, capacidad para la toma de decisiones, así como de capacidades analíticas para seguir instrucciones.

Competencias Críticas

Orientación a los resultados y a la mejora continua

Planificación y Organización

Trabajo en Equipo

Capacidad analítica y resolutive

Conocimientos y experiencia

A continuación, se mostrará un esquema del *Organigrama* resultante de este procedimiento, donde quedará bien reflejado los puestos que componen la sección a la cual nos hemos dedicado, al mismo tiempo que se refleja la jerarquía y/o relación que guardan entre ellos.

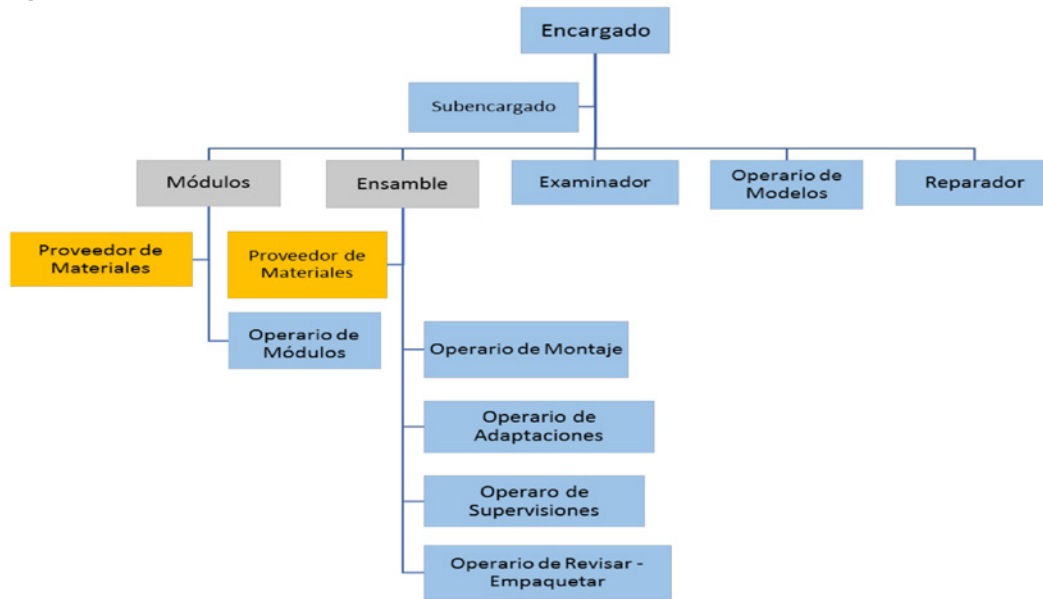
Los organigramas son una representación gráfica donde queda reflejada la composición estructural de las áreas que componen una empresa, así como su relación jerárquica.

En este caso, el organigrama que se ha realizado ha sido el siguiente:

Específico: puesto que muestra información relativa a un área o unidad concreta dentro de la organización.

Vertical: puesto que la jerarquía se distribuye de arriba – abajo. Mientras que en la parte superior se encuentra el puesto de mayor importancia, conforme se desciende, va disminuyendo el peso del puesto en la organización.

Figura 4



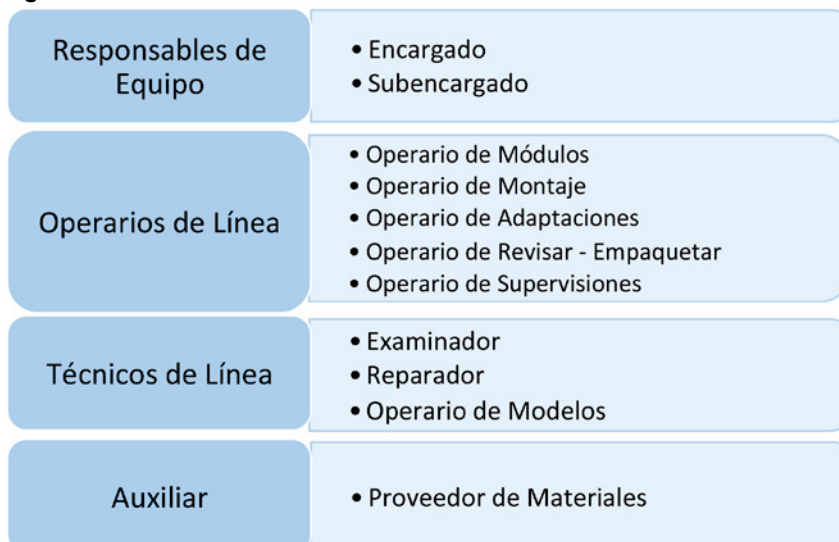
Conclusiones

Los *Grupos Profesionales* se conocen como asociaciones organizativas y generales compuestas en función de la capacitación y cualificación necesaria para desarrollar con total satisfacción las tareas y funciones requeridas, considerando la repercusión que esto tendrá en los resultados para la empresa.

La clasificación por grupos profesionales permite a la empresa establecer un sistema retributivo más justo, ajustándose a la especialidad y complejidad del puesto.

A continuación, y a modo de conclusión, se procederá a mostrar la clasificación final compuesta por los distintos grupos profesionales que conforman la estructura del taller pertinente.

Figura 5



Como se puede observar en la imagen anterior (gráfico 3), la clasificación está formada por cuatro grupos profesionales compuestos, al mismo tiempo, por los distintos puestos de trabajo, los cuales son:

Responsable de Equipo: a su vez compuesto por dos puestos de trabajos, que son: Encargado y Subencargado.

Operarios de Línea: este grupo está compuesto a su vez por cinco puestos de trabajo, como son los operarios en: Módulos, Montaje, Adaptaciones, Supervisiones y Revisar – Empaquetar.

Técnicos de Línea: compuesto a su vez por tres puestos, como son: Examinador, Operario de Modelos y Reparador.

Y, por último, tendríamos el *Personal de Auxiliar*, éste compuesto a su vez por el puesto de trabajo conocido como Proveedor de Materiales.

Cada puesto está encasillado en un grupo profesional concreto en función de sus tareas esenciales, así como en base a las competencias y responsabilidades requeridas para el correcto desempeño de su trabajo, sin olvidar la formación y experiencia específica.

Por tanto, la pertenencia a un grupo u otro viene determinado por:

Competencias

Formación

Conocimientos y experiencia

que requiere el puesto.

Por otro lado, se mostrará también cual es el resultado sobre la *Relación de Puestos de Trabajo* desglosado puesto por puesto, en la cual se mostrará los siguientes conceptos:

Código del Puesto

Denominación del puesto

Grupo profesional

Como se ha mencionado, esto nos permite realizar una ordenación del personal.

Tabla 1

Código	Denominación del Puesto	Grupo Profesional
01	Encargado	Responsable de Equipo
02	Subencargado	Responsable de Equipo
03	Operario de Módulos	Operario de Línea
04	Operario de Montaje	Operario de Línea
05	Operario de Adaptaciones	Operario de Línea
06	Operario de Revisar - Empaquetar	Operario de Línea
07	Operario de Supervisiones	Operario de Línea
08	Examinador	Técnico de Línea
09	Reparador	Técnico de Línea
10	Operario de Modelos	Técnico de Línea
11	Proveedor de Materiales	Auxiliar

Como aclaración, puntuar que el siguiente paso natural de este proyecto continuaría con un estudio acerca de la *Valoración de Puestos de Trabajo*, con el propósito de asignar un valor relativo a cada puesto y poder establecer, a posteriori, la estructura retributiva de la empresa. Sin embargo, en el presente trabajo nos hemos centrado más en el proceso inicial de ADPT y no entraremos a explicar este proceso.

Valoración personal:

Como conclusión final, procedo a realizar una valoración personal sobre mi propia experiencia en cuanto a la realización de este estudio aplicado a un caso real. La finalidad no es otra que la de mostrar una visión subjetiva sobre cómo ha sido el proceso de elaboración y el abordaje del proyecto y mostrar así las ventajas y aspectos positivos vinculados a esta intervención.

La realización de este trabajo me ha permitido, principalmente, adquirir y asentar conocimientos sobre uno de los procedimientos metodológico más básico en el ámbito de los recursos humanos, el ADPT.

Por un lado, he adquirido una base teórica sobre este aspecto, a través de una investigación teórica que me ha permitido descubrir y conocer aspectos sobre su origen, cómo ha ido evolucionando en función de las necesidades de la época, o incluso información relevante acerca del ámbito al que pertenece.

Además, se han adquirido conocimientos tanto a nivel teórico como práctico sobre su proceso de aplicación. Aquí, he trabajado cada paso en cuanto a la elaboración de este proyecto aplicado, cómo abordarlo: plantear los objetivos, establecer unos procedimientos y pautas de actuación, recoger los datos y, una vez obtenidos, interpretarlos y extraer conclusiones. En lo referente a la instrumentación, he tomado contacto con instrumentos comúnmente usados como, por ejemplo, cuestionarios.

Sin embargo, fuera de lo que es el ámbito académico también he sacado cosas muy positivas. La implicación en este trabajo me ha permitido un acercamiento al mundo laboral, conocer la forma de trabajar en la organización o trabajar en equipo, tanto con compañeros de la universidad como con empleados de la consultoría con la cual colaboré en este trabajo.

Para concluir, me gustaría resaltar, una vez más, la necesidad de este procedimiento en el ámbito de una empresa.

Actualmente, resulta de vital importancia que toda empresa realice un correcto ADPT que le permita optimizar la estructura de su organización y establecer un sistema retributivo justo. Sin embargo, esto no es lo único que podemos obtener de este procedimiento, puesto que se trata de una técnica básica en el campo de la planificación y gestión de los Recursos Humanos, ya sea para la selección de personal, planificación de plantillas, elaboración del organigrama empresarial, desarrollar planes de formación o de carrera, etc. Como vemos, las aplicaciones son muy numerosas, pudiendo ser el aspecto diferencial entre mala gestión y estructuración de la empresa que provoque su estancamiento o, por el contrario, una buena gestión y estructuración que permita a ésta seguir creciendo y desarrollándose, alcanzando cotas más altas.

Referencias Bibliográficas

- Duceschi, M (1982). *Técnicas modernas de dirección de personal*. Madrid: Ibero Europea de Ediciones.
- Dolan, S., Randall, S., Valle, R. (1999). Análisis del puesto de trabajo. En S. Dolan, S. Randall & R. Valle (eds.). *La gestión de los Recursos Humanos* (pp. 27-53). Madrid: McGrawHill.
- Fernández-Ríos, M. (1995). *Análisis y descripción de puestos de trabajo: teoría, métodos y ejercicios*. Díaz de Santos.
- Patricio, D. (2011). Planificación y requerimiento del puesto de trabajo / DPT-VPT. En D. Patricio (ed.). *Manual de recursos humanos* (pp. 39-76). Madrid: ESIC.
- Peña, M. (1991). *Dirección de personal*. Barcelona: Hispano Europea.
- Pereda, S. (1993). *Análisis del estudio del trabajo*. Madrid: Eudema.
- Rodríguez, A., Zarco, V. (2008). Análisis, valoración y retribución de puestos de trabajo. En A. Rodríguez & V. Zarco (eds.). *Psicología de los Recursos Humanos* (pp. 71-99). Madrid: Psicología Pirámide.
- Rubió, Tomás (2016). Análisis y valoración de puestos de trabajo. En T. Rubió (ed.). *Recursos Humanos. Dirección y gestión de personas en las organizaciones* (pp. 111-125). Barcelona: Octaedro.
- Sastre, M., Aguilar, E. (2003). Herramientas para la dirección de recursos humanos (I): puestos de trabajo y competencias. En M. Sastre & E. Aguilar (eds.). *Dirección de recursos humanos. Un enfoque estratégico* (pp. 365-387). Madrid: McGrawHill.

A decorative border composed of a grid of colored squares in shades of dark blue, grey, cyan, and purple, surrounding the central text.

Selección de algunos de los mejores Trabajos Fin de Grado y
Trabajos Fin de Máster del curso 2016-2017 de las siguientes titulaciones:

Grado en Psicología
Grado en Logopedia
Máster en Psicología General Sanitaria
Máster en Investigación e Intervención Social y Comunitaria