

ISSN: 2605-5295

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH



PSYCHOLOGY
RESEARCH

Junho - Dezembro, 2021

VOL. 4 NUM. 2



<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>

EQUIPO EDITORIAL / EDITORIAL TEAM / EQUIPA EDITORIAL

Editor Jefe / Editor in chief / Editor Chefe

Juan Luis Martín Ayala. Universidad Europea del Atlántico, España

Secretaria / General Secretary / Secretário Geral

Beatriz Berríos Aguayo. Universidad de Jaén, España

Cristina Arazola Ruano. Universidad de Jaén, España

Sara Suarez Manzano. Universidad de Jaén, España

Editores Asociados / Associate Editors / Editores associados

Arlette Zárate Cáceres. Universidad Internacional Iberoamericana, México

David Gil Sanz. Universidad Europea del Atlántico, España

Maríacarla Martí González. Universidad Europea del Atlántico, España

Sergio Castaño Castaño. Universidad Europea del Atlántico, España

Consejo Científico Internacional / International Scientific Committee / Conselho Científico internacional

José Antonio Adrián, Universidad de Málaga, España

Ana Aierbe, Universidad del País Vasco, España

Francisco Alcantud, Universidad de Valencia, España

Raquel-Amaya Martínez, Universidad de Oviedo, España

Imanol Amayra Caro. Universidad de Deusto, España.

Pedro Arcía, Universidad Especializada de las Américas, Panamá

Enrique Arranz, Universidad del País Vasco, España

César Augusto Giner, Universidad Católica de Murcia, España

Sofía Buelga, Universidad de Valencia, España

José Luis Carballo Crespo. Universidad Miguel Hernández de Elche, España.

Juan Luís Castejón, Universidad de Almería, España

Susana Corral, Universidad de Deusto, España

Erika Coto, Universidad de Iberoamérica, Costa Rica

Andrés Dávila, Universidad del País Vasco, España

Amaro Egea Caparrós, Universidad de Murcia, España

María Eugenia Gras, Universidad de Girona, España

Maité Garaigordóbil, Universidad del País Vasco, España

Félix Loizaga, Universidad de Deusto, España

Luis López González, Universidad de Barcelona, España

Juan Francisco Lopez Paz, Universidad de Deusto, España

Juan Luís Luque, Universidad de Málaga, España

Timo Juhani Lajunen, Middle East Technical University, Turquía

Ana Martínez Pampliega, Universidad de Deusto, España

Laura Merino Ramos. Universidad de Deusto, España.

Julio Pérez-López. Universidad de Murcia, España.

Concepción Medrano, Universidad del País Vasco, España

Ramón Mendoza, Universidad de Huelva, España

Cristina Merino, Universidad del País Vasco, España

Francisco Moya, Universidad Católica de Murcia, España

Manuel Peralbo, Universidad de La Coruña, España

Esperanza Ochaíta, Universidad Autónoma de Madrid, España

Fernando Olabarrieta, Universidad del País Vasco, España

Alfredo Oliva, Universidad de Sevilla, España

Rosario Ortega, Universidad de Córdoba, España

M^a José Rodrigo, Universidad de La Laguna, España

Emilio Sánchez, Universidad de Salamanca, España

Miguel Ángel Santed, UNED, España

Mark Sullman, Middle East Technical University, Turquía

Adriana Wagner, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Patrocinadores:

Funiber - Fundación Universitaria Iberoamericana

Universidad internacional Iberoamericana. Campeche (México)

Universidad Europea del Atlántico. Santander (España)

Universidad Internacional Iberoamericana. Puerto Rico (EE. UU)

Colaboran:

Centro de Investigación en Tecnología Industrial de Cantabria (CITICAN)

Grupo de Investigación IDEO (HUM 660) - Universidad de Jaén

Centro de Innovación y Transferencia Tecnológica de Campeche (CITTECAM) – México.

SUMARIO / SUMMARY / RESUMO

- Editorial6

- Correlación entre conductas agresivas y patrones de personalidad en consumo de sustancias.....7
Correlation between aggressive behaviors and personality patterns in substance use
Manon Rousselle Vicente. Universidad Europea del Atlántico (España).

- Evitación experiencial y ansiedad en deportistas de alto rendimiento.....21
Experiential avoidance and anxiety in high-performance athletes
Cristina María Calle Abarca. Universidad Europea del Atlántico (España)

- Evaluación en teoría de la mente y funciones ejecutivas en personas con consumo de sustancias.....37
Evaluation in the theory of mind and executive functions in population with drug abuse
Andrea Sainz-Maza Fernández. Universidad de Almería (España).

- Implicaciones de la autoestima y el autoconcepto en el bienestar psicológico de los adolescentes españoles.....53
Implications of self-esteem and self-concept in the psychological well-being of spanish adolescents
Paula Gutiérrez Salmon, Juan Luís Martín Ayala. Universidad Europea del Atlántico (España).

- Eficacia de un programa de intervención basado en la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad.....71
Efficacy of an intervention programme based on dialectical-behavioural therapy in patients with borderline personality disorder
Andrea del Carmen García Saiz. Universidad Europea del Atlántico (España). Adrián Camus Bueno. Psicólogo.

- Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en pacientes con daño cerebral adquirido.....93
Effectiveness of neuropsychological rehabilitation in patients with acquired brain damage
María Martín Hernantes. Universidad Europea del Atlántico (España).

Editorial

El número actual de la revista *Psychology Research* aborda una serie de artículos científicos de temática atractiva y variada, que comienza con el trabajo titulado “Correlación entre conductas agresivas y patrones de personalidad en el consumo de sustancias”.

En dicho artículo se aborda el gran impacto que tiene el consumo de sustancias en situaciones tan traumáticas como accidentes, comportamientos agresivos, abuso sexual, sobredosis y trastornos mentales asociados al propio consumo. La investigación tiene el objetivo de analizar la relación entre el consumo de alcohol, cocaína, cannabis y hachís con los principales factores de la personalidad y conductas agresivas tanto a nivel intrafamiliar, como la violencia en pareja y la expresión de la ira al volante. Además, se evalúa la relación entre los factores de personalidad con el comportamiento agresivo de las personas consumidoras en población general.

La siguiente aportación tiene la finalidad de correlacionar la evitación experiencial y la ansiedad precompetitiva (somática, cognitiva y autoconfianza) para conocer la pertinencia de proponer intervenciones con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el ámbito deportivo. Para ello se realizaron análisis descriptivos y correlacionales en las variables de interés y los resultados muestran una interesante relación entre la evitación experiencial con la ansiedad somática, así como con la ansiedad cognitiva.

Por otro lado, en el siguiente artículo se estudian las alteraciones neuropsicológicas y alteraciones de la cognición social provocada por el abuso de sustancias. El trabajo tiene el objetivo de analizar la existencia de diferencias significativas en el funcionamiento de la Teoría de la Mente (TdM) y las Funciones Ejecutivas (FE) en población con un diagnóstico por trastorno por consumo de sustancias (TCS). Además, también se busca establecer diferencias en las alteraciones entre ambos grupos de pacientes drogodependientes.

Desde otro punto de vista, y teniendo en cuenta el autoconcepto como elemento favorecedor del sentido de la propia identidad, así como la autoestima como la suma de juicios que la persona genera de sí misma, en este artículo se recogen los resultados más relevantes de diferentes investigaciones recientes que inciden en la importancia de la autoestima y el autoconcepto en el bienestar psicológico. En esta revisión sistemática se incluyen bases de datos clínicas y datos sobre el nivel de autoestima y autoconcepto comparándolo con el bienestar psicológico de los adolescentes. Los estudios examinados evalúan la relación entre el género, el rendimiento escolar, el nivel de actividad física y psíquica y los estilos educativos parentales respecto a la autoestima.

La quinta propuesta explora el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) como un grave problema de salud mental, evidenciando la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) en el abordaje de esta patología. El objetivo de este estudio es comprobar la eficacia de un programa de gestión emocional basado en la DBT para pacientes que tienen un diagnóstico de TLP, compuesto por cuatro bloques: mindfulness, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia al estrés evaluando ansiedad, depresión, funcionamiento global, regulación emocional, ideación suicida e impulsividad.

Para terminar, se presenta un trabajo que analiza la efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en pacientes con daño cerebral adquirido (DCA). El DCA es una de las principales causas de discapacidad en el mundo actual, pudiendo producir tanto alteraciones cognitivas como físicas; llegando a limitar la calidad de vida de estas personas. El trabajo cuanta con la participación de sujetos con deterioro cognitivo moderado asistiendo dos sesiones semanales durante cuatro meses a rehabilitación cognitiva. Los resultados arrojan interesantes datos la mejora en aquellos participantes que han recibido la rehabilitación neuropsicológica en comparación con los pacientes del grupo control, lo que parece indicar que la rehabilitación cognitiva es fundamental para ayudar a los pacientes con DCA a mejorar las alteraciones de sus funciones cognitivas.

Dr. Juan Luís Martín Ayala
Editor Jefe / Editor in chief / Editor Chefe

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

<https://www.mljournals.com/Psychology-Research-Journal>

ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

Vicente, M. R. (2021). Correlación entre conductas agresivas y patrones de personalidad en consumo de sustancias. *MLS Psychology Research* 4 (2), 7-20. doi: 10.33000/mlspr.v4i2.626.

CORRELACIÓN ENTRE CONDUCTAS AGRESIVAS Y PATRONES DE PERSONALIDAD EN CONSUMO DE SUSTANCIAS

Manon Rousselle Vicente

Universidad Europea del Atlántico (España)

m.rousselle.rousselle@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0002-1641-9661>

Resumen. El fuerte impacto social que representa el consumo de drogas es a consecuencia de su repercusión en accidentes, conducción de riesgo, comportamientos agresivos, riesgos de abuso sexual, sobredosis y trastornos mentales asociados al consumo de sustancias como son la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad. La corta edad con la que se empieza a consumir alcohol y otras sustancias como hachís, cannabis y cocaína, y los síntomas que constituyen las consecuencias negativas del consumo a nivel cognitivo, somático y comportamental, corroboran la necesidad de realizar investigaciones en este ámbito teniendo en cuenta diferentes variables relevantes (Graña, Muñoz & Navas, In press). La presente investigación tiene el objetivo de analizar la relación entre el consumo de alcohol, cocaína, cannabis y hachís con los principales factores de la personalidad y conductas agresivas tanto a nivel intrafamiliar, como la violencia en pareja y la expresión de la ira al volante. Al mismo tiempo se cree que, los factores de personalidad estarían asociados al comportamiento agresivo de las personas consumidoras en población general. Para comprobar esta relación, en esta investigación se ha seleccionado una muestra de población general consumidora de alguna de estas sustancias. Los resultados que se obtuvieron muestran que no existe correlación entre el consumo de estas sustancias ni con factores de personalidad ni con conductas agresivas en los diferentes contextos. Este resultado puede ser debido a la escasez del número de la muestra o bien debido a que no se trabajó con una muestra de población clínica.

Palabras clave: Consumo de sustancias, conductas agresivas, factores de personalidad.

CORRELATION BETWEEN AGGRESSIVE BEHAVIORS AND PERSONALITY PATTERNS IN SUBSTANCE USE

Abstract. The strong social impact of drug use is a consequence of its impact on accidents, risky driving, aggressive behaviour, risks of sexual abuse, overdose and mental disorders associated with substance use such as depression, anxiety, schizophrenia and personality disorders. The young age at which alcohol and other substances such as hashish, cannabis and cocaine are first consumed, and the symptoms that constitute the negative consequences of consumption at cognitive, somatic and behavioural levels, corroborate the need to carry out research in this field, taking into account different relevant variables (Graña, Muñoz & Navas, In press). The present research aims to analyse the relationship between the consumption of alcohol, cocaine, cannabis and hashish with the main personality factors and aggressive behaviours both at the intrafamilial level, as well as intimate partner violence and the expression of anger at the wheel. At the same time, personality factors are thought

to be associated with the aggressive behaviour of users in the general population. In order to test this relationship, a sample of general population users of some of these substances was selected in this research. The results obtained show that there is no correlation between the consumption of these substances with either personality factors or aggressive behaviour in the different contexts. This result may be due to the small sample size or to the fact that we did not work with a clinical population sample.

Key words: Substance use, aggressive behaviour, personality factors.

Introducción

La numerosa evidencia empírica corrobora la relación existente entre determinados factores o rasgos de personalidad (Impulsividad, Extroversión, Neuroticismo, Apertura, Búsqueda de sensaciones, entre otros) con el consumo de drogas (Torres, García, Muñoz, Fernández-Palacios & Llopis, 1996). Un estudio (Dembinska-Krajewska & Rybakowsky, In press), basado en el modelo de los Cinco Factores analizó los perfiles de personalidad tanto de consumidores como de no consumidores de sustancias (tabaco, cannabis, cocaína y heroína). Los resultados indicaron que los consumidores de cocaína obtuvieron una puntuación más elevada que los no consumidores en el factor de personalidad de Neuroticismo, y más bajo en el factor de Responsabilidad. En lo referente al cannabis, los consumidores puntuaban más alto en Apertura y más bajo en los factores de Amabilidad y Responsabilidad que los no consumidores. Otro estudio que confirma lo obtenido en el anterior, es el de Allen y Holder (2013), debido a que los resultados mostraron que las personas que obtuvieron un porcentaje más bajo tanto en el factor de Amabilidad como en el de Responsabilidad muestran una mayor predisposición de ser consumidores de cannabis.

En un estudio se demostró que los sujetos emocionalmente inestables y con mayor tendencia tanto al Neuroticismo como a la Ansiedad tenían mayor predisposición al consumo de drogas psicodépresoras, como son el alcohol y ansiolíticos. Sin embargo, los sujetos con una alta puntuación en el factor Extraversión, con tendencia a la impulsividad y rasgos psicopáticos, estarían más predispuestos al consumo de tabaco, cannabis y cocaína (Fidel. Roncero & Casas, 2004).

Actualmente, se conoce que la personalidad interactúa con una variedad de factores tanto biológicos como psicológicos y ambientales, los cuales en su conjunto delimitan la respuesta individual en el consumo de sustancias. Se afirma, por un lado, la existencia de pacientes con diferentes rasgos de personalidad que consumen diversas sustancias y, por otro lado, la existencia de consumidores de sustancias con diferentes trastornos de la personalidad, lo cual supone un gran impedimento a la hora de determinar la dirección de la relación causa y efecto (Mangas, 2015).

Con respecto a las conductas agresivas y el consumo, difícilmente suelen considerarse de forma aislada ya que las consecuencias negativas del consumo afectan tanto a nivel psicológico como físico, pero también comportamental.

Las conductas agresivas que dan lugar a la violencia aparecen con mayor frecuencia en consumidores de sustancias, encontrándose una significativa relación entre estas conductas agresivas con el consumo de alcohol, marihuana, cocaína y otras sustancias psicoactivas (Rodríguez, Fernández, Hernández & Ramírez, 2006).

Investigaciones confirman que el consumo de drogas y la violencia forman una retroalimentación bidireccional de manera simultánea, ya que se ha demostrado que los consumidores son más propensos a utilizar la agresión (Florenzano, Valdes, Serrano, Rodríguez

& Roizblat, 2001). Un ejemplo de esto es según Mc Whinter & Florenzano (1998), que lo jóvenes que consumen sustancias habitualmente ejercen con mayor probabilidad conductas agresivas, por lo que se plantea que el consumo de drogas se relaciona directamente con el mundo agresivo. Esto es reforzado por la idea que señalan los autores Méndez y Cerezo (2010), corroborando que existe una relación entre ciertas conductas disfuncionales y el consumo de sustancias.

Más concretamente, un estudio realizado por Harruf, Franciso, Elkins, Phillips y Fernández (1994), citados en Delgado (1994), demostró que dosis elevadas de cocaína podrían desembocar en agresiones y en homicidios. Frecuentemente se realiza una combinación de consumo de cocaína y alcohol, lo cual da lugar a que el segundo potencie los efectos del primero. Para confirmar esta relación entre alcohólicos y homicidios, se debe destacar que la reducción de asesinatos que se ha encontrado en la ciudad de Nueva York se debe a la disminución del consumo de cocaína. Así mismo, la combinación de cocaína y alcohol provoca que el momento de euforia y la sensación de bienestar se prolongue entre sus consumidores, encontrándose en elevado porcentaje de conductas agresivas y delictivas en estos sujetos (Graña, Muñoz & Navas, In press).

En el caso del consumo de cannabis, existen diversas consecuencias a nivel cognitivo y del comportamiento. Los síntomas comportamentales más relevantes podrían ser: a) aislamiento social; b) alteración de sus relaciones interpersonales debido al aumento de la agresividad y de la hostilidad; d) disminución de inhibiciones; e) comportamiento delictivo, como conducir bajo los efectos de las drogas (Nadal, 2008).

Con respecto a las conductas agresivas y drogas en el contexto familiar, destacar que el maltrato intrafamiliar debe estudiarse desde una perspectiva ecológica en la cual se tengan en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven las personas ya que todos ellos afectan de manera directa o indirecta a su comportamiento. Por ello, el uso de las drogas o del alcohol es considerado por los consumidores como un estilo de vida para mejorar su estado anímico; sin embargo, se trata de un estilo de vida que puede generar trastornos emocionales y mentales, que incentiva a manifestar conductas agresivas (Salazar, 2008).

La tasa de agresores, que muestran un elevado consumo de alcohol, se encuentra entre un 50% y un 60%. Con respecto al consumo de drogas ilegales, la media ha resultado ser un 20%. El consumo constituye más un factor precipitante que un factor causal de la violencia contra la pareja (Arteaga, Fernández-Montalvo & López-Goñi, 2012).

Destacar, que algunos autores llegan a considerar que el 45% de consumidores detenidos por presuntos delitos dentro del núcleo familiar presentan trastornos de la personalidad (Ziberman, Yadid, Efrati, Neumark & Rassovsky, 2018).

Cuando hablamos de la influencia que tienen las drogas en la conducta agresiva al volante, en primer lugar, debe diferenciarse entre conducta agresiva y comportamiento de riesgo. La conducta agresiva se caracteriza por causar un daño físico o psicológico intencionadamente, a diferencia de las conductas de riesgo, aunque éstas puedan llegar a causar daños indirectamente. Dependiendo del objetivo de la persona, un comportamiento puede ser tanto de riesgo como agresivo (Herrero-Fernández, Fonseca-Baeza & Pla-Sancho, 2014).

El consumo de sustancias podría considerarse una conducta de riesgo, ya que provoca una serie de consecuencias que alteran las capacidades de los conductores.

El error humano es el factor principal en dos de cada tres accidentes de tráfico. Hay múltiples causas que influyen en este factor como es el consumo de las sustancias psicoactivas. El último estudio de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas elaborado por la

Dirección General de Tráfico concluyó que el 12% de españoles ha consumido alguna droga ilegal y/o alcohol antes de conducir (EDADES, 2016).

Otro elemento influyente en el factor humano es el comportamiento agresivo o la ira en la conducción. Según el estudio realizado por Cook (1996), se afirma que la agresividad al volante es mucho más frecuente que conducir bajo los efectos del alcohol.

Existen una serie de factores que determinan la conducta agresiva al volante, tales como el cognitivo, psicofisiológico, emocional, ambientales... Los cuales, pueden verse alterados por el consumo de sustancias. La cocaína, altera el comportamiento aumentando la impulsividad del consumidor e incluso volviéndole agresivo con los demás conductores (Mihelj, Kos & Sedlar, 2018). También provoca un aumento en las infracciones de tráfico, haciendo así la conducción más peligrosa (Ray, Fought & Decker, 1992).

En otro estudio, se ha podido observar que el consumo habitual de alcohol supone un incremento en la capacidad predictiva de las violaciones de las normas con respecto a las variables de personalidad y la ira al volante (Valero, 2009).

En consecuencia, conducir tras beber alcohol provoca el 40% de los accidentes viales con víctimas mortales, del 15-35% de los accidentes que provocan lesiones graves y de un 10% de accidentes con consecuencias leves. Con ello no se debe obviar otras sustancias psicoactivas que también deterioran las condiciones psicofisiológicas necesarias para que se produzca una adecuada conducción. En las últimas investigaciones se ha concluido que un 10% de las muertes que se producen en los accidentes viales podrían deberse a conducir bajo los efectos de sustancias ilegales (Álvarez & Del Río, 1994).

Por todo ello, tras realizar la revisión bibliográfica, el objetivo principal del presente trabajo ha sido analizar la correlación entre variables de personalidad tales como Neuroticismo, Extraversión, Amabilidad, Apertura y Responsabilidad, y conductas agresivas en diferentes contextos (intrafamiliar y al volante) con respecto al consumo de sustancias en población general. Este objetivo se ha dividido en subobjetivos o en objetivos más específicos: a) relacionar los patrones o rasgos de personalidad más frecuentes tanto con el consumo de alcohol como con el consumo de sustancias psicoactivas; b) relacionar conductas agresivas tales como la ira en la conducción, la violencia en pareja, la violencia intrafamiliar y la ira como estado-rasgo, con consumo de alcohol y consumo de sustancias psicoactivas; c) relacionar los principales factores de personalidad con las variables que miden la conducta agresiva en la población general de consumo de sustancias.

Se parte de dos hipótesis, las cuales se pretende analizar:

“Existe una correlación significativa entre, consumo de alcohol con las cinco dimensiones de personalidad (Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad) y conductas agresivas, al igual que consumo de sustancias psicoactivas (cannabis, hachís y cocaína) con estas dimensiones de la personalidad y conductas agresivas”.

“Existe una correlación significativa entre los factores de personalidad tales como Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad, con una serie de conductas agresivas en consumo de sustancias (alcohol, cannabis, hachís y marihuana), como la violencia intrafamiliar (conflictos interpersonales violentos); la expresión de la ira experimentada al volante; la violencia en pareja; y la expresión de la ira como estado-rasgo”.

Método

Participantes

La muestra de la investigación se compone de un total de 20 sujetos voluntarios de población general, con una media de 37.35 años. Se ha dividido la muestra en 10 sujetos del sexo femenino y 10 sujetos del sexo masculino. Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra fue que todos debían ser conductores habituales, es decir, mínimo debían conducir una vez al día, y que mínimo, consumiesen alcohol semanalmente.

Se realizó una hoja de información, la cual debían rellenar los sujetos de la muestra, en la que aparecían los requisitos de inclusión. Se les preguntaba si consumían alcohol o alguna otra sustancia como cocaína, cannabis o hachís. El consumo de alcohol al ser un requisito para formar parte de la muestra se ha mostrado presente en prácticamente todos los sujetos. El consumo de otras sustancias también está presente, siendo un 40% de personas que no consumen ni cocaína ni cannabis ni hachís. Con respecto a la frecuencia del consumo de cannabis el porcentaje obtenido es de un 20% de ingesta mensual. Por otra parte, tanto en el consumo de cocaína como de hachís el porcentaje es de un 15% de consumo mensual. Por último, el porcentaje de personas que consumen más de una de estas sustancias es de un 10% mensual.

Con respecto a la distribución asimétrica, por un lado, en la variable “Alcohol” se ha obtenido un 1,05 y, por otro lado, en la variable “Cantidad de consumo de cocaína, cannabis y hachís” un 1,67. Estos resultados inducen a la conclusión de que ambas variables muestran una distribución asimétrica positiva, ya que al ser superiores a 0 la cola de la distribución apunta hacia la derecha, lo cual señala que los datos sobre el consumo tanto de sustancias psicoactivas como de alcohol suelen ser asimétricos de esta manera: La mayoría de las personas de población general del estudio realizado consumen relativamente poco, mientras que cada vez menos personas consumen grandes cantidades. Se ha realizado esta prueba estadística para comprobar que, efectivamente, la muestra no sigue una distribución normalizada, ya que al componerse de población general y no de población drogodependiente tienden a consumir pequeñas o escasas cantidades lo cual, como se ahondará más adelante, provoca la escasa o nula obtención de resultados significativos.

Por último, con respecto a los años de conducción la media obtenida es de un 16.95 y la desviación típica de un 13.15.

Instrumentos de medida

Los índices de la consistencia interna de las siguientes escalas (α de Cronbach) corresponden a los datos de la presente investigación.

State Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2). En el presente estudio se utilizó la adaptación española del STAXI-2 (Miguel-Tobal, et al., 2001). En su forma revisada, el STAXI-2 incluye una escala de Estado de Ira con tres factores: Emocional-Sentimientos; Verbal; Física, una escala de Rasgo de Ira con dos factores: Temperamento; Reacción y una escala de Expresión de la Ira con cuatro factores: Interiorización o Ira Interna; Exteriorización o Ira Dirigida contra los demás; Control de la Ira Interna; Control Externa de la Ira dirigida contra los demás. La consistencia interna global de los ítems del instrumento fue un $\alpha = .83$. El estilo de respuesta se basa en una escala tipo Likert de 4 puntos (1 = Casi Nunca; 4 = Casi Siempre).

FACES- IV. El instrumento utilizado es la versión española del FACES-IV (Martínez-Pampliega, Merino, Iriarte & Olson, 2017). Integra 5 dimensiones fundamentales para el abordaje clínico familiar: Cohesión; Flexibilidad; Desapego; Caos; Rigidez; Apego. La consistencia interna del instrumento en su totalidad fue $\alpha = .41$. Se compone de 42 ítems. Es un

cuestionario de autoinforme que se puntúa a través de una escala de tipo Likert que va de 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta 5 (Totalmente de acuerdo).

Neo-ffi, versión abreviada del instrumento original Neo-Pi-R (Costa & McCrae, 1999), publicado en español por Cordero, Pamos & Seisdedos (2008). En la versión abreviada utilizada en la investigación, se evalúan los principales factores de la personalidad: Neuroticismo; Extraversión; Apertura a la experiencia; Amabilidad; Responsabilidad. La consistencia interna del instrumento, en su totalidad, fue $\alpha = .76$. Es un cuestionario compuesto por 60 ítems los cuales deben ser respondidos indicando el grado de acuerdo: 0 total desacuerdo – 4 total acuerdo.

Driving Anger Expression Inventory (DAX). Se utilizó la versión adaptada al español (Herrero-Fernández, 2011), compuesta por 50 ítems y un estilo de respuesta Likert de 4 puntos (1=Casi nunca; 2=Casi siempre) que evalúa cinco modos de expresión de la ira al volante: Expresión Verbal; Expresión Física; Expresión por medio del Vehículo; Expresión Desplazada; Expresión Adaptativa-constructiva. La consistencia interna obtenida de todos los ítems del DAX en la presente investigación fue $\alpha = .91$.

Escala de Tácticas de Conflicto, versión española (Loinaz, Echeburúa, Ortiz-Tallo & Amor, 2012). Evalúa los conflictos interpersonales violentos y no violentos entre los miembros de la pareja por medio de 5 dimensiones: Negociación; Agresión Psicológica; Agresión Física; Coerción Sexual; Daños o Lesiones. Consta de 39 ítems bidireccionales para el agresor y para la víctima con formato de respuesta tipo Likert. Para esta investigación se utilizó únicamente la frecuencia de las 5 dimensiones unidireccionalmente, es decir, únicamente para el agresor. Los ítems trabajados en la presente investigación, aquellos que hacen referencia al agresor, mostraron una consistencia interna de $\alpha = .81$.

Procedimiento

Lo primero fue contactar con la muestra seleccionada. Se les proporcionó un consentimiento informado, en el cual los participantes tenían la oportunidad de conocer en qué consistía la investigación, el fin de los datos que se iban a obtener y contaban con la total libertad de dar su consentimiento o no. Es de destacar la importancia que hubo de, en este momento, explicar a los usuarios que la investigación era completamente anónima.

Tras ello, se fueron acordando citas con cada miembro de la muestra de población general. Una vez citados, se fueron realizando las evaluaciones de manera individual. En primer lugar, se les aplicó el instrumento Neo-ffi para evaluar los principales factores de personalidad de los usuarios. Después, se administraron los cuestionarios autoaplicados relacionados con la conducta agresiva (DAX, STAXI-2 y FACES-IV). Por último, se aplicó un instrumento para medir la violencia intrafamiliar, específicamente la violencia de pareja por medio de la Escala de Tácticas de Conflicto.

Una vez recogidos todos los datos de cada instrumento, se procedió a su corrección para más tarde, poder insertar los datos y las variables en el programa SPSS.

Diseño y análisis de datos

El presente estudio consiste en una investigación cuantitativa correlacional con el fin de establecer una relación estadística entre dos variables. En este caso se investiga la posible correlación existente entre rasgos de personalidad y conductas agresivas con el consumo de sustancias. La recopilación de la información necesaria para realizar los estadísticos se ha obtenido a través de una serie de autoinformes.

Para llevar a cabo el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS, el cual permite obtener información de los diferentes instrumentos aplicados en la investigación y realizar un análisis e interpretación.

En primer lugar, se ha utilizado el Coeficiente de Correlación de Spearman, ρ (rho), para correlacionar, por un lado, el consumo de alcohol con las variables de los instrumentos utilizados y, por otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas (cocaína, cannabis y hachís) con las variables de cada instrumento. Se ha utilizado este estadístico no paramétrico ya que las variables de consumo de alcohol y de sustancias han sido medidas bajo una variable ordinal.

En segundo lugar, también se ha trabajado con el análisis de correlación de Pearson (r), lo cual constituye una prueba paramétrica. Se han realizado con este estadístico, correlaciones entre las variables de personalidad del Neo-ffi y las variables de conductas agresivas de los cuestionarios restantes. En esta correlación se han seleccionado únicamente aquellas variables de los instrumentos que medían la conducta agresiva, con el fin de relacionar los rasgos de personalidad con conductas agresivas en la población general de consumo de sustancias.

Este análisis presupone que las variables siguen una distribución normal, por ello antes de utilizar este estadístico se ha realizado una prueba descriptiva para determinar si las variables seguían una distribución normal (Campana de Gauss).

Resultados

En primer lugar, se procede a resumir los principales resultados obtenidos en la prueba no paramétrica de Correlación de Spearman.

Con respecto a los factores de personalidad del instrumento utilizado, por un lado, en términos generales los resultados muestran que no existe una significación positiva entre el consumo de alcohol y los factores de personalidad. Se concluye que la cantidad de consumo de alcohol, en este caso diario, es independiente a los rasgos o factores de personalidad en las personas. Por otro lado, se destaca un factor de personalidad significativo con respecto al consumo de sustancias, el factor Extraversión. Mostrando la existencia de una débil asociación lineal entre las variables de consumo de sustancias y la dimensión de extraversión. Con el resto de los factores cabe destacar que no se encuentra ninguna relación significativa. Sin embargo, se observa que todas las variables de personalidad del instrumento, excepto Amabilidad y Responsabilidad, muestran una tendencia a correlacionarse positivamente con el consumo de sustancias.

Además, a través de este estadístico, se correlacionó, por un lado, el consumo de alcohol con la expresión ira estado-rasgo (variables del Staxi-2) y, por otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas con estas mismas variables. Con respecto al consumo de alcohol, se concluye que no existe ninguna relación significativa entre el consumo de esta sustancia con las variables de la ira que mide el instrumento, es decir, la ira como estado, como rasgo y como expresión. Sin embargo, en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, se encuentran tres variables que muestran un nivel de significación positiva. En primer lugar, el temperamento como rasgo y la reacción como rasgo indican tener relación con la variable de consumo de sustancias psicoactivas. En segundo lugar, el control externo de la ira, dentro de la variable expresión, indica con respecto al consumo de sustancias un nivel de significación leve. A pesar de que el resto de las variables del instrumento que miden la ira no muestren relación existente con el consumo de sustancias, es destacable que todas las variables del instrumento con la

variable consumo de sustancias (cocaína, hachís y cannabis) indican una correlación lineal positiva.

En las correlaciones realizadas entre consumo de alcohol y consumo de sustancias psicoactivas con la violencia en pareja no se encuentra ninguna relación significativa. Relacionado con ello, debe destacarse que en las correlaciones de Spearman realizadas entre, por un lado, consumo de alcohol y violencia intrafamiliar y, por otro lado, consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar, no se observa ninguna relación entre el consumo y las variables estudiadas del cuestionario Faces-IV para medir la violencia intrafamiliar.

Para finalizar este primer apartado de análisis, resulta interesante la correlación significativa encontrada donde se confirma que a mayor consumo de sustancias psicoactivas mayor es el índice de ira expresada en violencia física y en la variable vehículo en la conducción. La expresión adaptativa-constructiva al volante con el consumo de alcohol obtuvo un nivel significativo mostrando una correlación negativa considerable (Véase en las Tablas 1 y 2).

En segundo lugar, se procedió a realizar una prueba paramétrica, la Correlación de Pearson.

Los resultados obtenidos en cada una de las correlaciones indican que únicamente existe una significación positiva entre los factores de personalidad con variables de dos de los instrumentos analizados. A grandes rasgos, se induce que los factores de personalidad Amabilidad, Extraversión, Apertura y Responsabilidad muestran tendencia a correlacionarse negativamente con respecto a las dimensiones que miden los instrumentos utilizados para analizar la conducta agresiva.

En primer lugar, existe una relación significativa entre factores de personalidad y conductas agresivas hacia la pareja en dos de sus variables. Por un lado, amabilidad y violencia física y, por otro lado, amabilidad y agresión psicológica. Al ser el coeficiente de Pearson menor que 1 se concluye que la correlación entre estas variables es inversa.

En segundo lugar, se destaca la correlación entre la variable de personalidad neuroticismo con la variable de agresión verbal al volante. Y también, dentro de este instrumento, se observa relación entre el factor de extraversión con la expresión adaptativa constructiva al volante. Siendo (r) próximo a 1 en ambos casos, se confirma la existencia de una correlación positiva.

Como aspecto general relevante, debe destacarse que las escasas significaciones que se han obtenido han hecho referencia mayoritariamente al consumo de cocaína, cannabis y hachís, obteniendo a modo general una tendencia a correlacionarse positivamente por un lado con la personalidad y por otro con conductas agresivas, en comparación con el consumo de alcohol. Un ejemplo de ello son las Tablas 1 y 2 en las que se recogen las correlaciones obtenidas entre el consumo de alcohol y el consumo de sustancias psicoactivas con las formas de expresión de ira al volante.

Tabla 1
Correlación de Spearman entre consumo de alcohol e ira al volante

		Verbal	Física	Vehículo	Desplazada	Adaptativa
Consumo	(rho)	.25	.42	.15	.26	-.49
Alcohol	(p)	.278	.066	.527	.259	.026
(copas/semana)						

Tabla 2
Correlación de Spearman entre consumo de sustancias psicoactivas (cocaína, hachís y cannabis) e ira al volante

		Verbal	Física	Vehículo	Desplazada	Adaptativa
Consumo	(rho)	.41	.51	.52	.34	-.37
Sustancias	(p)	.070	.021	.017	.144	.103
psicoactivas (frecuencia/mes)						

Discusión y conclusiones

El objetivo principal de esta investigación ha sido analizar la correlación entre en el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (cocaína, hachís y cannabis), los principales factores de la personalidad tales como Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad, y conductas agresivas en diferentes contextos (intrafamiliar y en la conducción) en población general.

En base al objetivo expuesto, la primera hipótesis de partida fue la siguiente: “Existe una correlación significativa entre, consumo de alcohol con personalidad y conductas agresivas, al igual que consumo de sustancias psicoactivas (cannabis, hachís y cocaína) con personalidad y conductas agresivas”. Esta hipótesis es rechazada debido a que los resultados obtenidos en las pruebas estadísticas no muestran una correlación significativa entre las variables. Por un lado, en cuanto al consumo de alcohol (medido en copas por semana) no se han encontrado resultados suficientemente concluyentes con las variables de los instrumentos que medían rasgos de personalidad y conductas agresivas. Por otro lado, en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas (medido en frecuencia de consumo al mes) tampoco se han obtenido resultados significativos entre las variables. Se debe destacar, que al contrario que con el consumo de alcohol, en la correlación realizada entre el consumo de sustancias psicoactivas con variables de personalidad y de conductas agresivas, algunas variables si han mostrado una tendencia a correlacionarse. Sin embargo, la escasez de variables con una significación evidente induce a la conclusión de que no existe una correlación significativa entre estas variables. Por lo tanto, no existe correlación entre el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas con personalidad y conductas agresivas en población general.

La segunda hipótesis de partida fue: “Existe una correlación significativa entre los factores de personalidad tales como Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad, con una serie de conductas agresivas en el consumo de sustancias (alcohol, cannabis, hachís y marihuana), tales como la expresión de la ira experimentada al volante; la

violencia intrafamiliar y más concretamente hacia la pareja; y la expresión de la ira como estado-rasgo". Tras realizar los estadísticos pertinentes para obtener las correlaciones de estas variables, se concluye rechazando la hipótesis de la que se partía, ya que los resultados obtenidos muestran que apenas existen correlaciones significativas entre las variables de personalidad con las variables de cada uno de los instrumentos utilizados para medir la conducta agresiva. Únicamente se han obtenido correlaciones significativas entre algunas de las variables del Neo-ffi y algunas de las variables de dos de los instrumentos, Dax y Cts-2. Lo cual no confirma o se dice que no es concluyente para determinar la existencia de una correlación entre las variables de personalidad y las variables de conducta agresiva.

Un estudio referente a las variables que mide esta investigación (Cabrera, Toledo, García, Mendoza & Baez, 2008), con el objetivo de conocer la asociación entre el consumo de cannabis con rasgos de la personalidad, disfunción familiar y otras variables, confirma que existe una relación significativa entre la conducta antisocial, destacando los rasgos impulsivos, y el consumo habitual de cannabis, al igual que con una conducta anticonvencional que incluye trastornos del comportamiento y conductas tanto delictivas como agresivas. A pesar de que en la presente investigación los resultados no hayan sido significativos entre el consumo tanto de alcohol como de sustancias psicoactivas con conductas agresivas a nivel intrafamiliar, de pareja y en la conducción, cabe señalar que la correlación entre estas variables ha sido mayoritariamente positiva y de fuerza media lo cual puede indicar una tendencia a la hora de compartir variabilidad. Además, en el estudio analizado, se observa una relación directa entre el consumo de sustancias y la disfunción familiar, es decir, las pobres relaciones afectivas y la mala comunicación entre los miembros de la familia. Aspecto, que al igual que el anterior, no se vincula con lo obtenido en la investigación.

La correlación hallada en un estudio (López et al., 2007) entre la dependencia a la cocaína y los trastornos de personalidad, alega que existe una relación directa entre variables de personalidad agresiva, antisocial y patológica con la adicción a la cocaína. Ello difiere de los resultados obtenidos en esta investigación.

Paralelamente a ello, otro estudio analizado (Cervera et al., 2001), se centró en la comorbilidad entre los trastornos del control de impulsos, específicamente los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. Como disimilitud a los resultados obtenidos en la presente investigación respecto a la posible relación entre el consumo de sustancias y conductas agresivas con la personalidad, en este estudio se obtuvo una asociación entre estos aspectos, señalando dos trastornos de la personalidad (Trastorno antisocial de la personalidad y Trastorno límite de la personalidad) asociados al consumo y al déficit del control de impulsos.

Tras analizar estos tres estudios relacionando aspectos de la personalidad con el consumo de sustancias, se infiere que todos han obtenido datos significativos en cuanto a sus correlaciones. Esto puede ser debido a que la mayoría de los estudios correlacionan el trastorno por abuso de sustancias con trastornos de la personalidad utilizando una muestra más amplia, a diferencia que en esta investigación. Por lo que, para poder extrapolar resultados significativos se necesitaría una muestra clínica más amplia y de esta forma poder asociar el consumo con trastornos o rasgos específicos de la personalidad drogodependiente. A pesar de que los resultados obtenidos no hayan sido mayoritariamente significativos, debido a que dicha significación depende del tamaño de la muestra, se ha podido percibir que muestran una tendencia a obtener una correlación positiva.

Con respecto a la relación entre conductas agresivas y consumo de sustancias, un estudio (Muñoz-Rivas, Graña, Fernández & Rodríguez, 2002) que se centró en analizar la influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas, obtuvo unos resultados que ponen de manifiesto la relación entre el consumo de drogas y la emisión de conductas desviadas de las normas del

comportamiento social. Así mismo, ha verificado la estrecha relación entre un mayor y más frecuente consumo de sustancias ilegales con una mayor presencia de conductas contra las normas, concluyendo que existe una relación entre el consumo de drogas y la delincuencia, al contrario que lo obtenido en los resultados del presente estudio. Esta divergencia puede deberse al número reducido de la muestra, a la posible variable extraña de deseabilidad social o a la amplitud de contextos analizados en la investigación con respecto a las conductas agresivas.

Si se comparan los resultados obtenidos en el presente estudio con otro de los estudios analizados (Rodríguez, Fernández, Hernández & Ramírez, 2006), la diferencia radica en que en sus resultados se evidenció que un alto porcentaje de jóvenes habían participado en peleas tanto en el último año como en el último mes. Este porcentaje se vio directamente relacionado con el consumo de drogas ilegales (cocaína, hachís, cannabis y éxtasis), siendo este consumo un factor que incide altamente. Esta disimilitud con respecto a la presente investigación puede ser debida al rango de edad de la muestra, ya que en el estudio analizado la muestra está compuesta exclusivamente por jóvenes.

En un artículo cuyo objetivo fue describir la frecuencia y la magnitud de la violencia social e intrafamiliar bajo los efectos del alcohol y las drogas (Salazar, 2008), los resultados concluyeron que las personas bajo los efectos del alcohol y las drogas tienen una mayor tendencia a manifestar su personalidad agresiva, debido a que su consumo predispone a conductas violentas. Puede decirse que en la presente investigación no se da esta relación entre consumo y violencia intrafamiliar o, más concretamente, hacia la pareja posiblemente debido a que la muestra no es suficientemente amplia, a que está compuesta por población general y no por personas dependientes al consumo, tanto del alcohol como de sustancias psicoactivas, o a la amplitud de situaciones en las que ejercer violencia ya que en el estudio analizado se centran en la violencia intrafamiliar incluyendo, además, la violencia social en general.

Por último, como relación entre la ira y la agresión en general y en la conducción de vehículos, destaca un trabajo (Fernández-Herrero, 2012) cuyos datos obtenidos muestran que la relación entre el grado de ira experimentada al volante y la ira vivenciada de forma general están relacionadas positivamente. Ello indica que la ira en la conducción y la ira en general son dos rasgos de personalidad que están relacionados. A diferencia de ello, en la presente investigación no se han obtenido relaciones significativas entre los factores de personalidad estudiados con la ira en la conducción. Esto puede ser, como ya se ha indicado, a causa del número reducido de la muestra o a las variables de la personalidad aquí estudiadas, ya que son diferentes a las del citado trabajo. Así mismo, se puede concluir que las variables de personalidad analizadas por este autor tienen mayor probabilidad de relacionarse con la ira en la conducción, que las variables de personalidad utilizadas en el presente análisis. Sin embargo, cabe destacar que, en este caso, los resultados obtenidos entre estas dos variables muestran tendencia a correlacionarse positivamente.

Por otro lado, se ha detectado una distribución asimétrica positiva, obtenida en las variables tanto de alcohol como de consumo de sustancias, lo que implica muchos casos con valores bajos, y como consecuencia muchas de las correlaciones que deberían haber sido significativas no lo han sido.

Esta investigación está planteada de tal forma que una de las principales aplicaciones prácticas sea, una vez que se ha determinado que es muy probable la relación entre el consumo de drogas y las reacciones agresivas de los consumidores, estudiar en profundidad, no sólo sus rasgos específicos de personalidad, sino también los posibles antecedentes de consumo como detonante en las personas que manifiestan conductas agresivas.

Finalmente, como limitaciones del estudio se destaca la amplitud de la muestra, siendo esta muy reducida y el hecho de estar compuesta por población general. Esta investigación se

diseñó con el objetivo de utilizar una muestra clínica con lo que se esperaba obtener unos resultados significativos al tratar el consumo como trastorno por consumo de sustancias y no como consumo simplemente habitual o esporádico. En definitiva, es probable que estas características de la muestra hayan limitado los resultados de la investigación, dado que investigaciones similares han obtenido datos significativamente concluyentes al estudiar a un mayor número de sujetos y todos ellos de población clínica. Por ello, de cara a investigaciones a futuro se aconseja utilizar un mayor número de sujetos, específicamente clínicos para tener una muestra más amplia y estudiar el consumo de sustancias como trastorno de dependencia. De esta forma será posible trabajar con una muestra normalizada. Además, sería conveniente utilizar unos instrumentos más objetivos que eviten la posibilidad de deseabilidad social en los resultados. Así mismo, será conveniente analizar las conductas agresivas en una amplia gama de contextos, tales como el de educación, entre el grupo de iguales... además de los estudiados en la investigación.

Referencias

- Allen, J. & Holder, M. D. (2013). Marijuana Use and Well-Being in University Students. *Journal of Happiness Studies* 20(5), 1–21. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9423-1>.
- Álvarez, J. & Del Rio, M.C. (1994). Drogas, drogodependencias y seguridad vial. *Revista Española de Drogodependencias*, 19(4), 281-285.
- Arteaga, A., Fernández-Montalvo, J. & López-Goñi, J.J. (2012). Diferencias en variables de personalidad en sujetos adictos a drogas con y sin conductas violentas contra la pareja. *Acción Psicológica*, 9(1), 19-32. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.699>.
- Cabrera, J., Toledo, I., García, R., Mendoza, M. & Baez, A. (2008). Prevalencia, rasgos de personalidad y microambiente en adolescentes consumidores de cannabis. *Semergen*, 34(8), 392-399. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(08\)72347-5](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(08)72347-5).
- Casas, M., Duro, P. & Guardia, J. (1993). El trastorno por dependencia de opiáceos. Conceptos básicos que deben ser manejados por el personal del Hospital General no especializado en drogodependencias. En J. Cadafalch y M. Casas (Eds.). *El paciente heroínmano en el Hospital General*, 41(4), 29-41.
- Cervera Martínez, G., Rubio Valladolid, G., Haro Cortés, G., Bolinches, F., De Vicente, P. & Valderrama, J.C. (2001). La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. *Trastornos Adictivos*, 3(1), 3-10. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(01\)70002-5](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(01)70002-5).
- Cook, W. J. (1996). Mad drivers disease: a survival guide for handling. *US News and World Report*, 121(19), 74-76.
- Delgado, S. (1994). Delito y drogodependencias. *Psiquiatría Legal y Forense*, 3(1), 555-589.
- Dembinska-Krajewska, D. & Rybakowsky, J. (In press). Psychotropic drugs and personality changes: A case of lithium. *Pharmacological Reports*. <https://doi.org/10.1016/j.pharep.2015.05.006>.
- Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. (2016). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES_Informe_.pdf

- Fidel, G., Roncero, C. & Casas, B. (2004). Adicción a sustancias y trastornos de personalidad. *Trastornos de personalidad*, 35(4), 161-176.
- Florenzano, R., Valdes, M., Serrano, T., Rodríguez, J. & Roizblat, A. (2001). Desarrollo yoico, familia y adolescencia. *Psiquiatría y Salud Mental*, 18(1), 34-40.
- Graña, J.L., Muñoz, J.J. & Navas, E. (In press). *Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid*.
- Herrero-Fernández, D. (2012). *Ira y agresión en la conducción. Medición, correlatos con ira y agresión genéricas y predictores psicofisiológicos emocionales y conductuales* (Tesis Doctoral). Programa de doctorado psicología clínica y de la salud, Universidad de Deusto.
- Herrero-Fernández, D., Fonseca-Baeza, S. & Pla-Sancho, S. (2014). Estructura factorial del Driving Log en una muestra española. *Revista de Psicología*, 32(1). <https://doi.org/10.18800/psico.201401.003>.
- López et al. (2007). Dependencia de la cocaína y trastornos de la personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos Adictivos*, 9(3), 215-227. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(07\)75647-7](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(07)75647-7)
- Mangas, V. (2015). *Relación ente la personalidad y el consumo problemático de cannabis en población universitaria* (Tesis de Pre-Grado).
- Mc Whinter, M. & Florenzano, R. (1998). Correlatos psicosociales de la farmacología: Resultados de un estudio en Santiago de Chile. *Revista Psiquiatría*, 15(1), 10-22. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524107>
- Méndez, I., & Cerezo, F. (2010). Bullying y factores de riesgo para la salud en estudiantes de secundaria. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 209-218. <https://doi.org/10.1989/ejep.v3i2.61>.
- Mihelj, J., Kos, A. & Sedlar, U. (2018). Implicit Aggressive Driving Detection in Social VANET. *Procedia Computer Science*, 129(2), 348-352. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2018.03.086>.
- Muñoz-Rivas, M.J., Graña, J.L., Fernández, M.E. & Rodríguez, J.M. (2002). Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. *Adicciones* 14(3), 313-320. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.486>.
- Nadal Alemany, R. (2008). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 20(1), 59-72. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.289>.
- Ray, W., Fought, R. & Decker, M. (1992). Psychoactive Drugs and the Risk of Injurius Motor Vehicle Crashes in Elderly Drivers. *American Journal of Epidemiology*, 136(7), 873-883. <https://doi.org/10.1093/aje/136.7.873>.
- Rodríguez, J., Fernández, A.M., Hernández, E. & Ramirez, S. (2006). Conductas agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidio en jóvenes universitarios. *Terapia Psicológica*, 24(1), 63-69. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524107>.
- Salazar, E. (2008). Violencia intrafamiliar y social bajo la influencia del alcohol y las drogas. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 10(2), 7-38. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19546923006>.

- Torres, M.A., García, M.J., Muñoz, E., Fernández-Palacios, P. & Llopis, J.L. (1996). Rasgos de personalidad en drogodependientes. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 1, 7-15. https://doi.org/10.5209/rev_FORO.2012.v15.n2.41489.
- Valero, S. (2009). *El Modelo Alternativo de los Cinco Grandes: estudios de fiabilidad y validez del Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ) en población general y clínica* (Tesis Doctoral). Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Ziberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y. & Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 35(4), 228-342. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.007>.

Fecha de recepción: 07/04/2021

Fecha de revisión: 15/06/2021

Fecha de aceptación: 22/06/2021

Cómo citar este artículo:

Calle, C. M. (2021). Evitación experiencial y ansiedad en deportistas de alto rendimiento. *MLS Psychology Research* 4 (2), 21-35. doi: 10.33000/mlspr.v4i2.607.

EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y ANSIEDAD EN DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO

Cristina María Calle Abarca

Universidad Europea del Atlántico (España)

cristinacalleabarca@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0003-2747-0195>

Resumen. El objetivo principal de este estudio es correlacionar la evitación experiencial y ansiedad precompetitiva (ansiedad somática, ansiedad cognitiva y autoconfianza) para conocer si es pertinente proponer futuras intervenciones con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el ámbito deportivo. Se utilizó un diseño observacional correlacional transversal en una muestra no clínica de 93 deportistas de alto rendimiento de ambos sexos de edades comprendidas entre 15 y 46 años, mediante el AAQ-II y el CSAI-2R. Se realizaron análisis descriptivos y correlacionales en las variables de interés. Los resultados informaron de una relación lineal positiva significativa entre la evitación experiencial con la ansiedad somática y ansiedad cognitiva, es decir una relación lineal negativa o inversa con la autoconfianza. Los resultados presentados se alinean con investigaciones anteriores y con lo que se pretende demostrar, como la evitación experiencial la ansiedad precompetitiva influye en el rendimiento deportivo.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, evitación experiencial, ansiedad precompetitiva, rendimiento deportivo.

EXPERIENTIAL AVOIDANCE AND ANXIETY IN HIGH-PERFORMANCE ATHLETES

Abstract. The main objective of this study is to correlate experiential avoidance and precompetitive anxiety (somatic anxiety, cognitive anxiety and self-confidence) to know if it is pertinent to propose future interventions with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the sports field. A cross-sectional correlational observational design was used in a non-clinical sample of 93 high-performance athletes of both sexes between the ages of 15 and 46, using the AAQ-II and the CSAI-2R. Descriptive and correlational analyzes were performed on the variables of interest. The results reported a significant positive linear relationship between experiential avoidance with somatic anxiety and cognitive anxiety and a negative or inverse linear relationship with self-confidence. The results presented are aligned with previous research and with what is intended to demonstrate, how experiential avoidance precompetitive anxiety influences athletic performance.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, experiential avoidance, precompetitive anxiety.

Introducción

El enfoque tradicional de la psicología del deporte se basa en las terapias de primera generación (1950) adheridas a los principios conductuales del aprendizaje, seguido de las de segunda generación (1970), también terapias de conducta mediadas por procesos cognitivos y emocionales (García, Fernández & Crespo, 2017).

Incluyen estrategias terapéuticas como la imaginación mental, la relajación, la autoconversación, centrado en el aumento del rendimiento deportivo a través de la reducción del estrés y ansiedad precompetitiva, el control o cambio de los eventos privados considerados problemáticos, estados emocionales y sensaciones fisiológicas (Gustafsson, Lundqvist & Tod, 2017).

Sin embargo, estas orientaciones tradicionales tienen sus limitaciones, como la recurrencia de síntomas, reducción de emociones y estados corporales “negativos”, prestando una menor atención a las relaciones interpersonales y la calidad de vida de la persona, lo que provoca resistencia desde el punto de vista psicológico y conlleva el posterior abandono del proceso terapéutico (Dehghani, Vasoughi, Tebloenoun & Zarnagh, 2018). En definitiva, los objetivos mencionados no se relacionan de manera consistente con un incremento significativo del rendimiento deportivo, solo en la medida en que las emociones y las cogniciones negativas se vean reemplazadas por otras más positivas para la persona (Castilla & Ramos, 2012).

Sin embargo, desde un punto de vista contextual-funcional no se asume que los eventos privados sean positivos o negativos, ni que causen en sí mayor o menor rendimiento en el deportista, por lo que lo realmente importante sería prestar atención a la función que desempeñan los eventos privados, la interacción, es decir, como se relaciona el deportista con los eventos privados y como reacciona cuando estos eventos privados se activan (Wilson & Soriano, 2014).

Por ello, se presta una mayor atención a nuevas perspectivas, evolución de las terapias de conducta (1º y 2º generación) como son las terapias de tercera generación o terapias contextuales: La Terapia de Aceptación y compromiso (ACT) (Hayes, et al, 2002), Terapia Dialéctica Conductual (TDC) (Linehan, 1993), la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), Terapia Integral de Pareja (TIP) (Jacobson et al., 2000), Activación Conductual (AC) (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001) y Terapia con base en Mindfulness (BMT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002). Todas estas terapias no se centran en la eliminación de síntomas cognitivos, para así alterar la conducta de la persona, sino que se orientan a la alteración de la función de los síntomas a través del contexto en el que los síntomas mencionados resultan problemáticos (Soriano & Salas, 2006).

Terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) desarrollada por Steve Hayes se centra en generar flexibilidad psicológica alterando la función de los eventos privados creando un repertorio extenso y flexible de acciones en la dirección que la persona quiera ir, aceptando los eventos privados dentro de los valores y actuando en función de ellos, conectando con el presente plenamente consciente, siendo métodos más experienciales que dialécticos basándose en filosofías contextualistas (Hayes,2016).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), es un enfoque terapéutico que pretende modificar la manera en la que nos relacionamos con nuestros pensamientos y emociones negativas a través de la aceptación psicológica del malestar y la clarificación de valores personales con el fin de promover flexibilidad psicológica, basado en la teoría de los Marcos Relacionales (TMR) y en el contextualismo funcional (Chin & Hayes, 2017).

La teoría de los marcos relacionales es la teoría sobre lenguaje y cognición que se emplea como base experimental de ACT (Luciano, 2016), puede ser definido como “la manera concreta de responder ante un estímulo basado en la relación con otro, dado que sin un previo aprendizaje relacional no es posible la regulación verbal del comportamiento” (Salazar & Ballesteros ,2015).

La mayoría de las veces vemos el mundo a través de nuestros pensamientos y emociones por lo que lo que nos aporta esta teoría es el fomentar un distanciamiento del contenido cognitivo o experiencia de la persona y su aceptación sin evitar, ni resistirse a lo que está ocurriendo (Hayes, 2015). Por ello, Stephen Pepper (1942), acuñó el termino contextualismo funcional a la acción del organismo, establecida sensatamente en relación con el contexto tanto histórico como situacional desde un enfoque holístico, priorizando la totalidad del acontecimiento y las partes que lo conforman, fundamental en la base de la ACT (Hayes,2015)

La ACT tiene como objetivo principal generar flexibilidad psicológica ante distintos eventos buscando alcanzar un repertorio de conducta amplio y flexible que permitan generar acciones, especialmente cuando los esfuerzos para controlar o evitar los eventos privados molestos resultan disfuncionales, orientadas hacia las metas u objetivos de la persona basados en los valores personales (Prozzillo & Olivera,2019).

Así mismo, se genera flexibilidad psicológica para disminuir el sufrimiento humano y aumentar el bienestar de la persona a través de seis procesos de cambio: *la aceptación*; implica el abrazo activo y consciente a los eventos privados que generan malestar, *el estar presente*; promoviendo el contacto continuo con los eventos psicológicos y ambientales, *los valores*; son direcciones vitales, las cualidades de una acción, reglas verbales que describen la forma en que la persona elige vivir su vida, *la acción comprometida*; es el desarrollo de patrones cada vez más amplios de acción vinculados a los valores personales, *defusión cognitiva*; la cual intenta alterar las funciones indeseables de los pensamientos y otros eventos privados en lugar de intentar alterar su forma, frecuencia o sensibilidad situacional y *el yo como contexto*; conduciendo a la persona al sentido de yo como un lugar o perspectiva proporcionando un lado espiritual y trascendente creando distancia modificando la relación entre la persona y el evento privado molesto (Gloster, et al., 2020).

En ausencia de alguno de esos procesos, se genera rigidez o inflexibilidad psicológica raíz causal del sufrimiento humano y del funcionamiento desadaptado (Hayes, 2015).

Desde la perspectiva de ACT, el sufrimiento humano surge como consecuencia de procesos psicológicos normales, especialmente de aquellos en los que está involucrado el lenguaje. Partiendo de la base de que el lenguaje humano es el responsable tanto de los logros como de las miserias humanas (Hayes, 2015).

El sufrimiento humano, se empareja socialmente con pensamientos etiquetados como negativos, de impotencia y de incapacidad (entre otros). De este modo, sentir malestar (el sufrimiento es la consecuencia de la evitación), se vive contrapuesto a estar en disposición de actuar para lo que uno querría hacer con su vida, sintiendo la obligación de sentirse bien y en consecuencia, se emiten acciones para evitar el malestar surgido de los eventos privados, centrándose en evitar el malestar, generando rigidez, en lugar de realizar acciones valiosas para su vida, la persona se dedica a luchar fútilmente contra sus eventos privados, con el fin de eliminar esos sentimientos o sensaciones desagradables que lleva consigo el sufrimiento. En esa acción de eliminar, generando un patrón de conducta rígido, lo que se conoce como inflexibilidad psicológica, hay costes, pierdes “algo”, el contacto con los valores personales, y es cuando hablamos de evitación experiencial (Wilson & Soriano, 2014).

Evitación experiencial

La evitación experiencial es un concepto utilizado desde la ACT para entender el proceso de psicopatología, en este proceso la persona experimenta malestar o sensaciones negativas, siente la necesidad de hacer algo, liberarse o aplacar esas sensaciones, por lo que intentará controlar o evitar esas experiencias privadas denominados, eventos privados, envolviendo a la persona algo mucho más lejos que una solución, un problema (Pérez-Álvarez, 2012).

Surge cuando la persona no está dispuesta a estar en contacto directo con sus eventos privados molestos (Rodríguez & Babiano, 2019) y desarrolla un patrón de conducta conformado por acciones de diferente topografía, pero una misma función, de refuerzo negativo (evitar malestar) para que se produzca una alteración de la frecuencia de estos y los contextos que los crean (Hayes, 2019).

A pesar de que este patrón de comportamiento pueda parecer efectivo a corto plazo, ya que consigue disminuir o suprimir el malestar a corto plazo, si se convierte en crónico, a largo plazo puede limitar a la persona en su día a día, aumentando el malestar inicial y siendo disfuncional (Hayes, 2015). La evitación experiencial no es intrínsecamente negativa. Se convierte en negativa cuando la persona en vez de emprender acciones valiosas para su vida se dedica a luchar contra sus eventos privados (Hayes, 2019).

Por lo que la relevancia y pertinencia de esta variable y la posterior aplicación de ACT en el ámbito deportivo, viene dada cuando se trata de evitar, escapar y/o controlar eventos internos (pensamientos, emociones) considerados como negativos y pueden afectar al rendimiento deportivo (Salazar & Ballesteros, 2015).

La evitación experiencial, como se ha mencionado anteriormente, no siempre es negativa, sino que, en el ámbito deportivo se considera destructiva cuando la persona se dedica a intentar controlar sus eventos privados en vez de realizar acciones valiosas, o conductas enfocadas en este caso al desempeño de un buen rendimiento deportivo. Por ejemplo, un futbolista cuando va a lanzar un penalti se centra en estar relajado y tener pensamientos positivos (evitando sentir nervios, ansiedad), en vez de focalizar su atención en la posición del portero, y el modo en el que ejecutará el penalti, centrándose en eventos privados que no potenciarán el máximo rendimiento deportivo (Jiménez, 2006).

Por otro lado, existe evidencia de la implicación que tiene la evitación experiencial en la etiología, mantenimiento y modificación de varias formas de psicopatología como son los trastornos de ansiedad (Patrón-Espinosa, 2013), además de estar presente cuando la vida no parece satisfactoria en términos generales o cuando no se alcanzan los resultados deseados, como puede ocurrir en el contexto que nos compete, el deportivo (Castilla & Ramos, 2013)

Además, podemos relacionar la evitación experiencial con la ansiedad, porque la ansiedad es un ejemplo típico de evento privado que las personas rehúsan, tanto en el ámbito del deporte como en el ámbito clínico, fijándonos no solo en sus propiedades fisiológicas, sino también por su naturaleza verbal (Wilson & Soriano, 2014).

Ansiedad

La ansiedad precompetitiva ha sido una de las variables más analizadas en los diferentes contextos deportivos, debido a que a la hora de valorar la complejidad de la tarea que se va a afrontar, la importancia de la competición o la capacidad de llevarla a cabo con éxito pueden conllevar a su aparición y como consecuencia, que se realice una mala gestión de ella (Baro, Garrido & Hernandez-Mendo, 2016).

La ansiedad precompetitiva es la respuesta ante una situación que es percibida por la persona como aversiva, y ante la que responde con conductas de evitación, como la preocupación (preocuparse suele ser una acción de evitación de malestar), inseguridad, falta de autoconfianza. (Weinberg & Gould, 2010).

La ansiedad cognitiva dentro del ámbito deportivo se percibe como son pensamientos, ideas o experiencias previas negativas sobre su rendimiento que generan una serie de barreras y frenan al deportista alcanzar los objetivos planteados. Se muestra en forma de intranquilidad, sensación de inseguridad, expectativas negativas y pérdida de concentración (Prats & Mas, 2017).

Por otro lado, la ansiedad somática, es el componente más físico que se produce en nuestro organismo, resultado del aumento de activación del sistema nervioso autónomo. Se caracteriza por miedo, pánico, alarma, inquietud, obsesiones, cambios atenciones, desconcentración o pensamientos intrusivos de tipo catastrófico, que propician la ansiedad cognitiva (Verdaguer, Ramon & Conti, 2017). Otro componente es la autoconfianza que tiene la persona, en concreto el deportista, de modo que, si este disminuye, aumenta la posibilidad de que surjan pensamientos negativos y se evalúe de manera desfavorable (Verdaguer, Ramon & Conti, 2017). Se define como la creencia que tenemos de realizar de manera satisfactoria la conducta deseada, lo que es igual a la idea

de que se va a lograr el éxito, por lo que es un determinante del rendimiento (Pulido, 2015).

Investigaciones recientes sobre ACT ha obtenido resultados positivos en diversas problemáticas psicológicas entre las que encontramos, la ansiedad (Eilenberg et., al,2017) y el rendimiento deportivo (Salazar & Ballesteros, 2015).

Un estudio relacionado con la atención plena demostró que debido a las consecuencias negativas que pueden derivarse de tener como objetivo controlar o cambiar lo que se esta experimentando en el contexto deportivo, en concreto deportistas de alto rendimiento, serían eficaces métodos que utilizan la gestión o aceptación consciente de nuestros eventos privados (Mañas et al., 2017).

Otro estudio evidencia que, a mayor grado de evitación experiencial, menor evaluación del rendimiento, control del estrés y habilidad mental, demostrando la utilidad de ACT para optimizar el rendimiento deportivo (Castilla & Ramos, 2012).

Por último, otro estudio, corrobora la eficacia de la ACT como tratamiento terapéutico de primer orden para los trastornos de ansiedad, enfatizando en el papel de la evitación experiencial como la causa del desarrollo y el mantenimiento de los pensamientos negativos y las preocupaciones de base ansiógena de estos pacientes. Se ha sugerido que esta evitación experiencial, es decir, esta incapacidad de estar en contacto con la ansiedad puede generar que la propia estrategia de evitación se convierta en un reforzador negativo del estado ansioso del individuo (Eilenberg, 2016).

El presente estudio se enfocará en conocer la relación entre la evitación experiencial y la ansiedad precompetitiva debido a que en el contexto deportivo existen pocos estudios que describan la relación de la evitación experiencial y la ansiedad en deportistas de alto rendimiento (Ruiz & Luciano,2009) Por lo que si se describen estas variables y en que medida les afectan a los deportistas, será más sencillo desarrollar programas de intervención o estrategias enfocadas a la mejora del rendimiento desde la perspectiva de ACT.

La ACT, no se basa en la reducción de síntomas como realizan otras perspectivas, por lo que no tienen que generar acciones de evitación del malestar, se centrarán en realizar acciones en función de sus valores, permitiéndoles llevar encima los eventos privados molestos y pudiendo focalizar toda su atención en el rendimiento deportivo obteniendo resultados perdurables en el tiempo tanto a nivel deportivo como personal (Castilla & Ramos, 2012).

El objetivo general de este estudio es analizar la relación de la evitación experiencial y la ansiedad precompetitiva (compuesto por la ansiedad somática, ansiedad cognitiva y autoconfianza) en deportistas de alto rendimiento.

Los objetivos específicos son: analizar la relación de la evitación experiencial y ansiedad cognitiva, la evitación experiencial y la ansiedad somática y la evitación experiencial y la autoconfianza y conocer sí existe diferencias según sexo y edad de la respuesta de evitación experiencial.

De acuerdo con los datos aportados por la evidencia empírica en el presente estudio se plantea la hipótesis de (1) a mayor evitación experiencial mayor ansiedad somática, (2) a mayor evitación experiencial mayor ansiedad cognitiva, (3) a mayor evitación

experiencial menor autoconfianza y (4) sin diferencias significativas en evitación experiencial en cuanto a sexo y edad.

Método

Participantes

Se trabajará con una muestra no clínica de 93 deportistas de alto rendimiento, entre 15 y 46 años, hombres (46,24%) y mujeres (53,76%) con los siguientes criterios de inclusión:

(1) Estar practicando o practicar algún deporte dentro de una institución (universidad, academia, selección, federación) de manera constante por 1 año al menos, (2) haber participado o participar en su deporte a nivel competitivo ya sea local, nacional o internacional y que les suponga un compromiso e involucración, (3) ser de nacionalidad española, o residente de España por 10 años por lo menos, (4) dedicación de al menos 5 horas semanales al deporte, ya sea entreno específico del deporte, preparación física o psicológica y (5) aceptación del consentimiento informado.

En cuanto a los criterios de exclusión: (1) presentar discapacidad física o psicológica y presentar trastorno mental severo o grave diagnosticado ya que podría sesgar los resultados.

Tipo de diseño

La presente investigación tiene un diseño observacional correlacional transversal, con un muestreo no clínico, tratando de cuantificar el comportamiento espontáneo que ocurre en situaciones no preparadas, recogiendo datos mediante un código más o menos estructurado del desarrollo de fenómenos de interés (Nuñez, 2011). Como en este caso es, la evitación experiencial y la ansiedad precompetitiva en deportistas de alto rendimiento.

Variables del estudio

Las variables sociodemográficas son: edad, sexo, nivel académico, deporte que practica, horas que lo dedica a la semana, nivel de competición, nacionalidad y población.

Instrumentos

Para medir la **evitación experiencial** de los deportistas fue utilizado el cuestionario de Aceptación y Acción **AAQ II** (Acceptance and Action Questionnaire-II) (Ruiz, et al., 2012). Este cuestionario, pretende evaluar en que medida las personas ante sus eventos privados, que pueden generarles malestar, logran aceptarlos y mantener sus metas y valores presentes, orientando sus conductas hacia estas. (Ribero-Marulanda & Agudelo-Colorado, 2017). Compuesto por 7 ítems, posee validez convergente, divergente y discriminante. En este estudio la importancia de la evitación experiencial está directamente ligada con la inflexibilidad psicológica que se puede generar en la gestión de la ansiedad. Algunos ejemplos de ítems son: “tengo miedo a mis sentimientos”, “me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos”, “mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena”.

Para medir la **ansiedad precompetitiva** (ansiedad cognitiva, la ansiedad somática y la autoconfianza) y medir y estudiar el constructo en situaciones previas a la competición se utilizó el **Inventario de Ansiedad competitiva CSAI-2R** (Competitive State Anxiety Inventory) Andrae, Lois y Arce (2007), y su autora es Elena M. Andrade. La versión adaptada resultante consta de 18 ítems, distribuidos en tres subescalas por cada constructo: ansiedad cognitiva, ansiedad somática y autoconfianza. Todos los enunciados están formulados en la misma dirección. La modalidad de respuesta es tipo Likert con cuatro alternativas, numeradas desde 1 (nada) hasta 4 (mucho).

Procedimiento

Para la realización de la investigación, en un primer momento se realizó una búsqueda de los instrumentos de evaluación específicos para cada constructo a estudiar, mediante una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes bases de datos.

A continuación, se procedió a la preparación del consentimiento informado, los datos sociodemográficos y los cuestionarios AAQ-II y CSAI-2R redactados de manera consecutiva.

Se llevó a cabo la administración de los cuestionarios mediante la aplicación de Google Forms, en modalidad online, en un plazo entre el 12 de enero del 2021 y el 26 de enero de 2021 de manera aleatorizada.

Se procedió a la propagación los cuestionarios, a la muestra de deportistas accesibles de distintas federaciones deportivas a nivel nacional como la de pádel, vela, atletismo, judo, karate, fútbol, hockey, triatlón, salvamento y socorrismo, motocross, hockey, golf, surf, danza, tenis y esgrima. Con distintos niveles de competición: local, nacional e internacional. Se difundieron por diferentes redes sociales (Instagram y WhatsApp) para aumentar la muestra lo máximo posible, solicitando ayuda para difundir la encuesta al mayor número de personas posibles poniendo así un muestreo por bola de nieve.

Una vez recogida la información de las pruebas, se procedió a la corrección y análisis mediante diferentes técnicas de análisis de datos que a continuación se enunciarán.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo, las variables cualitativas fueron expresadas mediante una distribución de frecuencias y las variables cuantitativas mediante la media aritmética estableciendo un nivel de significación de $p < .05$.

Para el análisis de datos se utilizó el SPSS utilizando las siguientes pruebas estadísticas: para conocer la posible asociación entre las variables de interés se utilizó la prueba de las Correlaciones de Pearson bivariadas, relacionando la evitación experiencial (AAQ-II) con las tres subescalas pertinentes al Inventario de ansiedad precompetitiva (CSAI-2R) (ansiedad somática, ansiedad cognitiva y autoconfianza). Con el propósito de comparar la variable sexo y conocer si es una variable estadísticamente significativa en relación con la evitación experiencial se realizó la prueba de Levene. A continuación, se utilizó la prueba T de Student para muestras independientes. Y por último realizamos una

ANOVA para el describir si existen diferencias significativas entre la evitación experiencial y la edad.

Resultados

De un total de 110 de la muestra total, a través de los criterios de inclusión y exclusión finalmente el número de la muestra fue de 93. El 46,24% de los participantes fueron hombres y el 53,76% mujeres con una media de edad de 22,3. Además, la media de horas semanales que practican es de 13,35. Entre los deportes están hockey, fútbol, danza, natación y salvamento, pádel, triatlón, surf, ciclismo, tenis, esgrima, motocross, karate, gol, atletismo y judo (Ver tabla 1).

Tabla 1
Variables sociodemográficas de la muestra del estudio

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	43	46,2%
	Mujer	50	53,7%
	Total	93	
Nivel académico	Primera	4	4,3%
	Secundaria	9	9,9%
	Bachiller	31	33,3%
	Formación profesional	3	3,2%
	Universidad	46	49,4%
	Total	93	
Edad	Media:	22,3	
Nivel de competición	Local	4	4,3%
	Nacional	63	67,74%
	Internacional.	26	27,9%
	Total	93	
Horas de practica por semana	Media	13,35	

Respecto a las variables de interés, se analizó la relación entre la evitación experiencial y la ansiedad somática, la evitación experiencial y la ansiedad cognitiva y la evitación experiencial y la autoconfianza mediante la correlación de Pearson.

Entre las puntuaciones de los cuestionarios existe una relación lineal positiva, es decir, si puntúa alto en uno de los cuestionarios en el otro también, entre el AAQ-II y CSAI-2R (ansiedad somática y ansiedad cognitiva) y una relación lineal negativa, es decir, a más puntuación de uno, menos de otro, con el AAQ-II y el CSAI-2R

(autoconfianza). Comparando las correlaciones la más alta es entre evitación experiencial y ansiedad somática (0,454), seguido de la evitación experiencial y ansiedad cognitiva (0,445), y por último la evitación experiencial y autoconfianza (-0,260).

A continuación, se demuestra la relación existente entre la evitación experiencial y la ansiedad cognitiva, si existe relación estadísticamente significativa (0,000).

Tabla 2
Correlación entre evitación experiencial y ansiedad cognitiva

	AAQII	A COGNITIVA
Correlación de Pearson	1	,445**
Sig. (bilateral)		,000
N	93	93

Seguido de la relación existente entre la evitación experiencial y la ansiedad somática, podemos comprobar que sí existe relación estadísticamente significativa.

Tabla 3
Correlación entre evitación experiencial y ansiedad somática

	AAQII	A SOMATICA
Correlación de Pearson	1	,454**
Sig. (bilateral)		,000
N	93	93

Por último, se analizó la relación entre la evitación experiencial y la autoconfianza, siendo estadísticamente significativa de manera inversa.

Tabla 4
Correlación entre evitación experiencial y autoconfianza

	AAQII	AUTOCONFIANZA
Correlación de Pearson	1	-,260*
Sig. (bilateral)		,012
N	93	93

Además, se realizó la prueba T de Student para muestras independientes, para la variable sexo. Nos sirve para comprar si hay o no diferencias significativas en el cuestionario administrado, en este caso con el AAQ-II. Finalmente se observó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p=0,062$)

En cuanto a la posible relación existente entre la edad y la evitación experiencial (AAQ-II) se utilizó la prueba ANOVA, indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre las distintas agrupaciones de edad ($p =0,872$).

Discusión y conclusiones

El objetivo principal de este estudio era correlacionar la evitación experiencial y ansiedad precompetitiva (ansiedad somática, ansiedad cognitiva y autoconfianza) en una muestra no clínica de deportistas de alto rendimiento de ambos sexos.

De manera global, los resultados del estudio demuestran que, si existe relación entre un aumento de la evitación experiencial y la ansiedad somática, así como un aumento de la evitación experiencial y la ansiedad cognitiva, al igual que se vio en el estudio de Castilla & Ramos (2013) donde se demuestra que, a mayor grado de evitación experiencial, menor control del estrés, o lo que es lo mismo, niveles altos de estrés en presencia de evitación experiencial (Castilla & Ramos, 2012). Del mismo modo cuando se aumenta la evitación experiencial disminuye la autoconfianza al igual que se correlacionó de manera negativa en un estudio de control del estrés con sus pertinentes estrategias (González Campos, Valdivia-Moral, Zagalaz Sanchez & Romero Granados,

2015). Además de no existir diferencias significativas entre sexo y edad con respecto a la evitación experiencial.

Es importante destacar en relación con la evidencia de ACT en el ámbito deportivo, el estudio sobre la aplicación de un programa de intervención específico de ACT para el incremento del rendimiento deportivo ajedrecístico, centrado en tratar disminuir la estrategia de evitar y controlar los eventos privados, demostrando así su eficacia en un número reducido de sesiones (Jiménez, 2006).

Por otro lado, deben tenerse en cuenta tanto las virtudes como las limitaciones. En cuanto a las virtudes, hay que destacar la importancia y relevancia de estas variables en el rendimiento deportivo, y su gran influencia en la gestión emocional a la hora de hacer frente tanto a los entrenamientos como a la competición.

En relación con las limitaciones, la más relevante es referente a la muestra no clínica, siendo más representativo realizarlo con muestra clínica. Además el rango de edad utilizado bastante amplio, y de esta manera limitar el estudio, siendo una muestra generalizada. El tamaño de la muestra tendría que ser mayor, siendo más representativo. Por último, al tratarse de una temática bastante novedosa, se precisaría de mayor evidencia, a pesar de ser consistente los hallazgos sobre esta temática, y la consistente evidencia que existe acerca de la ACT en el ámbito deportivo.

De cara a las líneas a futuro, tras conocer los resultados dónde se muestra la correlación de la evitación experiencial con la ansiedad precompetitiva, y en base a nuestra justificación, se trataría de realizar un programa específico de ACT para deportistas de alto rendimiento con el objetivo de disminuir los índices de nuestras variables. Además, se podría replicar el estudio ampliando el tamaño muestral, con un rango de edad similar, pero con mayor número de personas por edad, para obtener resultados más significativos.

En el presente estudio realizado con una muestra no clínica de 93 deportistas de alto rendimiento con edades comprendidas entre 15 y 46 años, y gran variedad de deportes, se demuestra la relación lineal positiva significativa entre la evitación experiencial con la ansiedad somática y ansiedad cognitiva, es decir, a más de una variable más de otra. Así como una relación lineal negativa o inversa con la autoconfianza, es decir, a más de una variable, menos de la otra.

En nuestro grupo de estudio no se observó una asociación entre la edad y la evitación experiencial ni influencia con respecto al sexo y la evitación experiencial.

Finalmente, se demuestra la influencia significativa de la evitación experiencial y la ansiedad precompetitiva en los deportistas de alto rendimiento y su influencia negativa. Por lo que se puede concluir, que la evitación experiencial y la ansiedad precompetitiva son dos variables de gran influencia en los deportistas. De este modo, sería necesario plantear una serie de intervenciones mediante la ACT con el fin de modificar las funciones que tienen estos constructos en su vida, y sin eliminarlos si no, aprendiendo a vivir con ellos, y orientándolo hacia acciones valiosas para cada individuo.

Referencias

- Andrade, E., Lois, G., & Arce, C. (2007). Propiedades psicométricas de la versión española del Inventario de Ansiedad Competitiva CSAI-2R en deportistas.
- Baro, J. P. M., Garrido, R. E. R., & Hernández-Mendo, A. (2016). Relaciones entre el perfil psicológico deportivo y la ansiedad competitiva en jugadores de balonmano playa. *Revista de psicología del deporte*, 25(1), 121-128.
- Blanco, J. M. F., Calle, R. C., Cayetano, A. R., Muñoz, A. S., Muñoz, S. P., Ramos, J. M. D. M., & Vicente, R. A. (2017). Female Spanish athletes face pre competition anxiety at the highest levels of competition. *Revista de psicología del deporte*, 26(4), 39-44.
- Buceta, J. M. (2020) Variables psicológicas que influyen en el alto rendimiento deportivo.
- Burgos, A. V., Leiva, G. M., Salcedo, A. S., & Zúñiga, M. Á. Á. (2020). Características Psicológicas de deportistas de alto rendimiento según entrenadores. *Revista Observatorio del Deporte*, 74-82.
- Castilla, J. F., & Ramos, L. C. (2012). Rendimiento deportivo, estilos de liderazgo y evitación experiencial en jóvenes futbolistas almerienses. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 137-142.
- Castilla, J. F., & Ramos, L. C. (2013). El papel de la evitación experiencial en el rendimiento deportivo. *Psicología aplicada al fútbol: Jugar con cabeza*, 273.
- Chin, F., & Hayes, S. C. (2017). Acceptance and commitment therapy and the cognitive behavioral tradition: Assumptions, model, methods, and outcomes. In *The science of cognitive behavioral therapy* (pp. 155-173). Academic Press.
- Dehghani, M., Saf, A. D., Vosoughi, A., Tebbenouri, G., & Zarnagh, H. G. (2018). Effectiveness of the mindfulness-acceptance-commitment-based approach on athletic performance and sports competition anxiety: A randomized clinical trial. *Electronic physician*, 10(5), 6749.
- Eilenberg, T., Fink, P., Jensen, J. S., Rief, W., & Frosthalm, L. (2016). Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 46(1), 103.
- Eilenberg, T. (2016). Acceptance and Commitment Group Therapy (ACT-G) for health anxiety. *Dan Med J*, 63(10), B5294.
- Fernández, E. M. A., Río, G. L., & Fernández, C. A. (2007). Propiedades psicométricas de la versión española del Inventario de Ansiedad Competitiva CSAI-2R en deportistas. *Psicothema*, 19(1), 150-155.
- García, M. I. D., Fernández, M. Á. R., & Crespo, A. V. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.

- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M., Twohig, M., & Karekla, M. (2020). The Empirical Status of Acceptance and Commitment Therapy: A Review of Meta Analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*.
- González Campos, G., Valdivia-Moral, P., Zagalaz Sánchez, M. L., & Romero Granados, S. (2015). La autoconfianza y el control del estrés en futbolistas: revisión de estudios. *Revista iberoamericana del ejercicio y el deporte*, (10) 1, 95-101.
- Gustafsson, H., Lundqvist, C., & Tod, D. (2017). Cognitive behavioral intervention in sport psychology: A case illustration of the exposure method with an elite athlete. *Journal of Sport Psychology in Action*, 8(3), 152-162.
- Hayes, S. C. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*. Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive Therapies—Republished article. *Behavior Therapy*, 47, 869-885
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry*, 18(2), 226.
- Jaramillo Tapia, A. J. (2018). *Ansiedad Competitiva y Autoeficacia en tenistas de alto rendimiento del Ecuador. Estudio Comparativo antes y durante el curso de competencias deportivas* (Bachelor's thesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador).
- Jiménez, F. J. R. (2006). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) Para el Incremento del Rendimiento Ajedrecístico: un Estudio de Caso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 77-97.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-6).
- Mañas, I., del Águila, J., Franco, C., Gil, M. D., & Gil, C. (2017). Mindfulness y rendimiento deportivo. *Psychology, Society, & Education*, 6(1), 41-53.
- Núñez Peña, M. I. (2011). Diseños de investigación en Psicología.
- García Mas, A., & Núñez Prats, A. (2017). Relación entre el rendimiento y la ansiedad en el deporte: una revisión sistemática. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (32).
- Pulido Mata, F. J. (2015). Motivación y autoconfianza en deportistas.
- Prozzillo, P., & Olivera, M. (2019). Flexibilidad Psicológica y Bienestar Subjetivo en el marco del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad y Espiritualidad: una relación por definir. *{PSOCIAL}*, 5(2), 17-25.

- Ribero-Marulanda, S., & Agudelo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 29-46.
- Rodriguez, A. P., & Babiano, M. G. (2019). Análisis e intervención en un caso de evitación experiencial. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 7(1), 2-19.
- Salazar, M. C. R., & Ballesteros, Á. P. V. (2015). Efecto de una intervención ACT sobre la resistencia aeróbica y evitación experiencial en marchistas. *Revista costarricense de psicología*, 34(2), 96-111.
- Soriano, M. C. L., & Salas, M. S. V. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Verdaguer, F. X. P., Más, A. G., Ramón, J. C., & Conti, J. V. (2017). Diferencias de sexo respecto de la ansiedad asociada a la competición deportiva. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (31), 193-196.
- Wilson, K. G., & Soriano, M. C. L. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ediciones Pirámide.
- Weinberg, R. S., & Gould, D. (2010). *Fundamentos De Psicología Del Deporte Y Del Ejercicio Físico/Fundamentals of Sport Psychology and Physical Exercise*. Ed. Médica Panamericana.

Fecha de recepción: 29/03/2021

Fecha de revisión: 26/04/2021

Fecha de aceptación: 20/07/2021

Cómo citar este artículo:

Sainz-Maza, A. (2021). Evaluación en teoría de la mente y funciones ejecutivas en personas con consumo de sustancias. *MLS Psychology Research* 4 (2), 37-52. doi: 10.33000/mlspr.v4i2.622.

EVALUACIÓN EN TEORÍA DE LA MENTE Y FUNCIONES EJECUTIVAS EN PERSONAS CON CONSUMO DE SUSTANCIAS

Andrea Sainz-Maza Fernández

Universidad de Almería (España)

andream5196@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0002-2256-059X>

Resumen. El estudio de las alteraciones neuropsicológicas y alteraciones de la cognición social provocada por el abuso de sustancias ha cobrado especial interés en las últimas décadas debido a las implicaciones que conlleva en aspectos como el diseño de planes terapéuticos y las consecuencias sociales. El presente trabajo muestra un estudio cuasi-experimental con el objetivo de analizar la posible existencia de diferencias significativas en el funcionamiento de la Teoría de la Mente (TdM) y las Funciones Ejecutivas (FE) en población con un diagnóstico por trastorno por consumo de sustancias (TCS). La TdM es la capacidad de asignar pensamientos y distintas intenciones a la conducta y actitud de las personas. Las FE son las capacidades cognitivas para llevar a cabo la consecución de una tarea gracias a la planificación. Para comprobar el objetivo propuesto, se han utilizados dos grupos en la muestra clínica: 10 participantes con trastorno por consumo de alcohol (TCA) y 10 pacientes con trastorno por consumo de cocaína (TCC), frente a un grupo control de 20 personas de población general. Por otro lado, se busca establecer diferencias en las alteraciones entre ambos grupos de pacientes drogodependientes. Los resultados hallados muestran que los participantes con TCC presentan déficit en varios elementos que componen las FE y la TdM en relación al grupo control, mientras que el grupo con TCA no muestra diferencias significativas, aunque sí puntuaciones más bajas respecto al control. Se concluye la existencia de diferencias entre población con TCC y población sin ningún tipo de TCS, en cuanto al funcionamiento de las FE y TdM, así como diferencias en las implicaciones que tiene el alcohol, frente a las que tiene la cocaína.

Palabras clave: Teoría de la Mente, Funciones Ejecutivas, Drogodependencia, Alcohol, Cocaína.

EVALUATION IN THE THEORY OF MIND AND EXECUTIVE FUNCTIONS IN POPULATION WITH DRUG ABUSE

Abstract. Research into neuropsychological alterations and alterations in social cognition caused by substance abuse has received special interest in recent decades due to the implications involved in the design of therapeutic plans and the social consequences that this problem entails. The following project shows an experimental study in order to find significant differences in what refers to the functioning of the Theory of Mind (ToM) and the Executive Functions (EFs) in a population with a diagnosis for substance abuse disorder. ToM is the ability to assign thoughts and different intentions to the behavior and attitude of people.

On the other hand, the EFs are the cognitive capacities to carry out the accomplishment of a task thanks to the planning. To verify the proposed objective, two groups were used in the clinical sample: 10 participants with alcohol use disorder and 10 patients with cocaine use disorder, compared to a control group of 20 people of general population. Besides this, it is sought to establish differences in the alterations between both groups of drug-dependent subjects. The results show the participants with cocaine use disorder, in comparison with the control group, have deficit in several elements that make up the EFs and ToM, while the group with alcohol use disorder does not show significant differences, although it does have lower scores than the control group. It can be concluded the existence of differences between people with cocaine addiction and general population in terms of the functioning of EFs and ToM, as well as differences in the implications of alcohol compared to those of cocaine.

Keywords: Theory of Mind, Executive Functions, Drug addiction, Alcohol, Cocaine.

Introducción

Los TCS, según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), los engloban distintas clases de drogas, provocando su consumo una activación del sistema de recompensa cerebral, implicado en la generación de reforzamiento. Cada droga produce efectos dispares, pero todas inducen a un estado de placer. Un patrón patológico de comportamiento relacionado con el abuso de sustancias, es la base para el diagnóstico de TCS.

El TCS presenta síntomas a nivel ejecutivo, memorístico o atencional, comportamentales, relacionados con conductas agresivas y nocivas para la salud y fisiológicos. En cuanto a criterios diagnósticos, se define como un consumo problemático de una sustancia, que genera malestar significativo. Se manifiesta por, al menos, dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses: a) se consume la sustancia en cantidades elevadas o durante un tiempo prolongado; b) se ha fracasado en los intentos de abandonar dicho consumo; c) el tiempo requerido para conseguir la sustancia es elevado; d) el consumo tiene como consecuencia el incumplimiento de tareas de la vida cotidiana y deterioro de la vida social; e) se dan situaciones físicamente peligrosas debido al consumo; f) aparece tolerancia a la sustancia y g) aparecen síntomas de abstinencia cuando se interrumpe el consumo. (Dolengevich, Rodríguez, Mora & Quintero, 2015)

Uno de los problemas más serios es el TCA siendo los criterios para establecer su diagnóstico los establecidos para el TCS, especificando que la sustancia es alcohol. (American Psychiatric Association, 2014) Se trata de una sustancia psicoactiva depresora del Sistema Nervioso (SN) y su ingesta genera daños para la salud y a nivel social. (Guitart et al., 2011) El impacto que tiene en la salud abarca diferentes enfermedades. En el ámbito cognitivo, destaca el síndrome de Wernicke-Korsakoff, dividido en: a) síndrome de Wernicke, de corta duración y caracterizado por falta de coordinación motora, confusión y déficit de control en el movimiento ocular y b) el síndrome de Korsakoff, cónico, presenta síntomas como amnesia, dificultad en nuevos aprendizajes y apatía. (Shield, Parry & Rehm, 2014)

Referente a la cocaína, se incluye dentro del trastorno por consumo de estimulantes. Es una sustancia excitante del SN, la segunda droga ilegal más consumida y suele iniciarse pasada la veintena. (OMS, 2015) Para establecerse el diagnóstico, han de cumplirse los mismos criterios que para los demás TCS, especificando que la sustancia es cocaína. (American Psychiatric Association, 2014) Los efectos que provoca son: euforia, estado de alerta, agitación, insomnio, hipersexualidad y alteración del juicio sobre la realidad. (Becoña, 2012) En cuanto a las afecciones médicas destacan, según el

National Institute of Drug Abuse (NIDA, 2010) a) pérdida de peso; b) fallo respiratorio; c) infarto de miocardio y d) accidente cerebrovascular.

Las sustancias ejercen un fuerte efecto sobre el funcionamiento de los sistemas motivacionales, cognitivos, emocionales y ejecutivos. Su consumo provoca afecciones a nivel neuropsicológico, destacando la alteración en memoria, atención y FE. (Verdejo, In press) Se ha demostrado que el déficit en los mecanismos de inhibición del control comportamental y de toma de decisiones, aumenta la posibilidad de consumo y la dependencia a sustancias. La búsqueda activa para el consumo puede estar propiciada por la afección a nivel ejecutivo y de control de conductas, lo que haría referencia a alteraciones en el lóbulo frontal (LF). (Yucel & Lubman, 2007)

El consumo de alcohol se asocia a distintos déficits, entre los que se incluyen: a) alteraciones en la organización visuo-perceptiva; b) alteraciones psicomotoras; c) alteraciones en velocidad de procesamiento y atención; d) alteraciones en memoria y e) alteraciones en FE. (Gruber & Yurgelun-Todd, 2001) En cuanto a la afección visuo-perceptiva y psicomotora, resulta complejo establecer si es debido a un déficit motor o a la alteración en FE, puesto que éstas están implicadas en la realización de tareas espaciales.

Referente al consumo de cocaína los déficits más significativos son: a) atencionales y de velocidad de procesamiento; b) memorísticos y c) FE. En cuanto a la atención, investigaciones han encontrado déficit en la selectiva, sostenida y dividida sin concretar deterioro específico. (Landa-González, Lorea & López-Goñi, 2011) En el funcionamiento de la memoria se ha establecido deterioro en el componente visual y verbal. Se ha encontrado que los usuarios con TCC cometen más errores de omisión y comisión, lo que hace que tengan menor capacidad para el control cognitivo del comportamiento. (Frazer, Manly, Downey & Hart, 2017)

El concepto FE fue establecido por Lezak (1982) como un conjunto de capacidades relacionadas con el establecimiento de metas, planificación para su alcance y ejecución de dicha planificación. (Tirapu & Luna-Lario, 2011) Se incluyen habilidades de organización de conductas, selección de objetivos, inicio y mantenimiento de la mente durante su ejecución y capacidad de regular la acción. En conclusión, las FE se relacionan con la organización, planificación, anticipación, inhibición, memoria de trabajo, autorregulación y control y flexibilidad. Pueden agruparse en cinco componentes: memoria de trabajo, fluidez verbal, capacidad de inhibición, flexibilidad cognitiva y toma de decisiones. Se encuentran ubicadas en el LF, área capaz de planear, regular y controlar múltiples procesos psicológicos y que organiza las conductas en función de motivaciones, logrando la consecución de metas que sólo se pueden alcanzar a través de procedimientos y reglas. (Flores & Ostrosky-Solís, 2008) La afección de esta región hace que la persona presente dificultades para el manejo del control ambiental, para desarrollar nuevas conductas y estrategias, falta de flexibilidad cognitiva y alteraciones en la capacidad de abstracción de ideas, generando la imposibilidad de anticipar consecuencias del comportamiento y mayor impulsividad. (Blanco-Menéndez & Vera de la Puente, 2013)

Investigaciones han centrado su interés en demostrar las alteraciones de los consumidores de alcohol en FE. Destaca el síndrome disejecutivo, caracterizado por: a) dificultades para centrarse en una tarea y acabarla sin ayuda; b) imposibilidad de crear nuevos repertorios de conductas; c) déficit en utilizar una conducta creativa y d) mayor impulsividad. (Landa, Fernández-Montalvo & Tirapu, 2004) Los pacientes con TCA presentan dificultades en la capacidad de inhibición de respuesta y control de interferencia y, en la flexibilidad cognitiva, existe incapacidad para alternar esquemas de

comportamiento. (Landa-González, Lorea & López-Goñi, 2011) Otros estudios han destacado la dificultad en memoria operativa y planificación comportamental. También, se ha determinado una afección generalizada en las FE, que dificulta la planificación y resolución de problemas. Se ha demostrado la existencia de dificultades en la toma de decisiones, la cual puede venir dada por la alteración en la posposición de recompensa. (Verdejo, In press) Sin embargo, resulta complejo establecer conclusiones sobre el tipo de daño que posee esta capacidad. En lo que se ha llegado a un consenso, es en la alteración en el LF en consumidores de alcohol, determinando que la alteración en FE es la más característica esta población. (Landa-González, Lorea & López-Goñi, 2011)

La alteración en las FE es uno de los mayores problemas que genera el abuso de cocaína. La capacidad de inhibición de respuesta es uno de los elementos más afectados, asociado a una mayor dificultad para el control de impulsos y fallos en el manejo de consecuencias. (Madoz-Gurpide & Ochoa-Mangado, 2012) Existe incapacidad para el retraso de la gratificación y la reflexión previa de una conducta. (Landa-González, Lorea & López-Goñi, 2011) La flexibilidad cognitiva es otro aspecto que muestra afección, siendo la capacidad para cambiar patrones conductuales más rígida que en población sin consumo. Se ha demostrado la dificultad para la toma de decisiones, puesto que este tipo de población prioriza los resultados a corto plazo relacionados con el refuerzo del consumo, imposibilitando el aprendizaje y la valoración de las consecuencias a largo plazo. (Landa-González, Lorea & López-Goñi, 2011) Se ha determinado un control ejecutivo del comportamiento deteriorado en consumidores de cocaína, asociado a impulsos, con una memoria de trabajo, control de la respuesta y toma de decisiones deficiente. (Vergara-Moragues et al., 2017; Bonet, Salvador, Torres, Aluco, Cano & Palma, 2015).

El término TdM encuentra su origen en 1978 gracias a Premack y Woodruff y hace referencia a la capacidad de comprender y anticipar la conducta de otras personas, sus conocimientos, intenciones y creencias. Es la habilidad para inferir en otros estados mentales. Sus capacidades engloban la interpretación de emociones básicas, la capacidad de comprensión metafórica, las mentiras o la ironía, la interpretación de emociones sociales y la empatía. Está vinculada con la memoria de trabajo, la fluidez verbal y las FE. (Sanvicente-Vieira, Kluwe-Schiavon, Corcoran & Grassi-Oliveira, 2016) Se ha dividido en dos niveles, siendo el primero la capacidad para pensar sobre lo que piensa otra persona y, el segundo, la habilidad para pensar sobre lo que piensa una persona de un tercero. (Tirapu-Ustárrroz & Sánchez-Cubillo, 2011) Es un proceso en el que trabajan mecanismos para percibir, procesar y evaluar estímulos y elaborar una representación del entorno social. Las regiones implicadas se encuentran en el lóbulo temporal y trabajan con estructuras como la amígdala y el córtex orbitofrontal. (Calle, 2014)

En relación al consumo, varios estudios han mostrado el deterioro de esta capacidad. Los pacientes con TCA muestran menor capacidad de inhibición del comportamiento y esto sugiere que dicha conducta esté regulada por procesos cognitivos deteriorados (Maurage, De Timary, Tecco, Lechantre & Samson, 2015) El reconocimiento de emociones faciales está deteriorado en personas con TCA. Dadas las implicaciones que tiene a nivel ejecutivo, dicha afección puede influir en las demandas para la TdM. Esto se apoya en que el alcohol reduce la capacidad de atención, de tal manera que el procesamiento de información poco relevante, se realiza de manera menos eficiente. (Johnson, Skromanis, Bruno, Mond & Honan, 2018) Las implicaciones de esta sustancia en la TdM reflejan resultados dispares, pero existe evidencia de que provoca afecciones. (Sanvicente-Vieira, Romani-Sponchiado, Kluwe-Schiavon, Brietzke, Brasil & Grassi-Oliveira, 2017)

Las investigaciones sobre la afección que genera la cocaína en la TdM no han podido establecer nada concluyente, aunque genera dificultades para gestionar problemas personales y sociales y ello guarda relación con la TdM. (Sanvicente-Vieira, Kluwe-Schiavon, Corcoran & Grassi-Oliveira, 2017) La inhibición de respuesta se encuentra deteriorada, probablemente por la alteración que presentan dichas áreas. (Frazer, Manly, Downey & Hart, 2017) Estudios han mostrado la alteración en pacientes con TCC en áreas relacionadas con la recompensa social y la empatía emocional y cognitiva. (Preller et al., 2013) Los resultados son dispares, dado que en algunos casos no se haya diferencias significativas respecto a población no consumidora y, en otros, solo en algunos componentes de la TdM. Tampoco queda claro si es la sustancia la que genera afección o previamente existe alteración que induce al consumo. (Sanvicente-Vieira, Kluwe-Schiavon, Corcoran & Grassi-Oliveira, 2016)

Método

El presente estudio pretende analizar la existencia de posibles diferencias en el funcionamiento de la TdM y FE entre población con TCA, población con TCC y población si ningún TCS. La hipótesis planteada a partir de la meta general, es que las afecciones en FE y TdM son distintas dependiendo de si la persona padece TCA o TCC, además de que ambos grupos de consumidores presentan deterioro en ambas capacidades respecto al grupo control.

Diseño

El diseño de investigación es empírico-analista, usando metodología cuantitativa para dar respuesta a la hipótesis planteada. Es un estudio cuasi-experimental, que persigue poder identificar las diferencias en las habilidades en las FE y TdM entre población con abuso de alcohol, población con abuso de cocaína y población sin problemas de abuso de sustancias.

Participantes

En el estudio han participado 10 pacientes con TCC y 10 con TCA, quedando divididos en dos grupos experimentales. Los criterios de inclusión para los participantes con problemas de adicciones fueron: a) ser mayor de edad; b) cumplir los criterios diagnósticos según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) y c) presentar un período de abstinencia de al menos 2 semanas, con el fin de no presentar síntomas relacionados con la privación o la intoxicación. En cuanto a las características sociodemográficas, los pacientes con TCA se encuentran en rango de edad de entre 26-50 años, siendo su media de 37,60 y desviación típica de 8,03. Los participantes con TCC muestra un rango de edad de 35-59 años, con una media de 46,40 y desviación típica de 8,73. Atendiendo al género en el consumo de alcohol, todos los participantes son hombres a excepción de 1 mujer y los años de estudios abarcan un rango de 6-12. En cuanto al consumo de cocaína, el grupo está formado mayormente por hombres, habiendo 2 mujeres y los años de estudios se sitúan en un rango de 6-20.

Se ha formado un grupo con 20 participantes control para poder comprobar los objetivos específicos. Los criterios de inclusión fueron: a) no poseer ningún tipo de problema por abuso de sustancias, tanto legales como ilegales; b) no presentar trastornos psicopatológicos; c) no acudir a ningún tipo de tratamiento psicológico/psiquiátrico; d) no ser fumador y e) no haber presentado en ningún momento del ciclo vital TCS. Las

características sociodemográficas muestran que se trata de un grupo con edades comprendidas entre 20-55 años, con una media de 39,30 y desviación típica de 11,79, habiendo 17 hombres frente a 3 mujeres y con estudios situados entre 6-18 años. Para que el estudio resulte lo más fiable posible se ha intentado que ambos grupos se encuentren equilibrados en cuanto a edad, género y años de estudio.

En la Tabla 1 se muestra un resumen de las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes

	Grupo					
	Control		Alcohol		Cocaína	
	N=20		N=10		N=10	
Edad. Media y Desviación típica	39.30	11.79	37.60	8.03	46.40	8.73
Género. Total hombre y mujer	17	3	9	1	8	2
Estudios. Min y Max	6 - 18		6 - 12		6 - 20	

Procedimiento

Este proyecto fue realizado en colaboración con el departamento Psicología de la Universidad Europea del Atlántico y con el centro Proyecto Hombre Cantabria. Contó con los respectivos avales de los comités de ética de la universidad. La participación en el proyecto fue voluntaria y quedó consignada en el respectivo consentimiento informado. Se seleccionaron los instrumentos pertinentes de evaluación y ésta se realizó de forma individual en las instalaciones del centro Proyecto Hombre Cantabria.

Instrumentos

Wisconsin Card Sorting Test (WSCT). Desarrollado por Heaton, Chelune, Talley, Kay & Curtiss (1948) y su adaptación española, Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin, realizada por De la Cruz (1997). Dirigido a la evaluación de planificación, indagaciones organizadas y capacidad de reorganización de esquemas, se compone de 128 tarjetas-respuesta, las cuales el individuo debe ir colocando en la parte inferior de las 4 tarjetas-control, según forma, número o color. El participante descubrir la forma de clasificación de cada momento. Cuando ha logrado un número determinado de aciertos, se modifica el criterio de clasificación. Se aplica de forma individual, con una duración variable. La fiabilidad es de .93 para respuestas perseverativas, .92 para errores perseverativos y .88 para errores no perseverativos.

Stroop Color and Word Test (STROOP). Elaborado por Golden (1935) y adaptado con el nombre de Test de Colores y Palabras (Bernardino, 2010) Su objetivo es identificar alteraciones neurológicas. Mide la capacidad de resistir la interferencia tipo verbal de la que no lo es, evaluando la capacidad para seleccionar información y reaccionar a ella. Se emplean 3 láminas. La primera, compuesta por las palabras rojo, verde y azul impresas en tinta negra. El evaluado debe leer el mayor número posible en el tiempo establecido.

La segunda, muestra estímulos agrupados en forma de equis e impresos a color rojo, azul y verde, los cuales la persona debe nombrar. La última, contiene los estímulos de la primera hoja, impresos al color de la segunda y el individuo debe verbalizar el color de la tinta, omitiendo la lectura dado que presenta un color diferente. Su aplicación es individual, con una duración de 45 segundos por lámina. Presenta un valor de confiabilidad test-retest de .884 y los valores de las puntuaciones entre los cuartiles de edad más bajos y más altos no presentan diferencias significativas, lo que entrega información sobre la validez de constructo.

Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA). Elaborado por López-Pérez, Fernández-Pinto & Abad (2008), evalúa la empatía a través de 33 ítems tipo Likert (escala desde 1 hasta 5). Aporta información de los elementos cognitivos de la empatía (Adopción de perspectivas y Comprensión emocional) y los afectivos (Estrés empático y Alegría empática). Ofrece una puntuación total de la empatía. Se puede realizar de forma individual o colectiva, en unos 5-10 minutos. La validez de constructo para el TECA varía entre, .352 a .484.

Symbol Digit Modalities Test (SDMT). Creado por Smith (1973) y adaptado por Arribas (2002) con el nombre de Test de Símbolos y Dígitos. Empleado para detectar disfunciones cerebrales. Consiste en transformar símbolos geométricos en números a partir de una clave. Aplicable de forma individual o colectiva, en un tiempo de 90 segundos.

Facially Expressed Emotion Labeling Test (FEEL). Desarrollado por Kessler, Bayerl, Deighton & Traue (2002), es una prueba computarizada que mide la capacidad para reconocer emociones básicas de manera facial, con un alfa de Cronbach de .77. Los estímulos a identificar se ofrecen en fotografías que muestran seis emociones: enfado, miedo, alegría, tristeza, sorpresa y asco. Evaluación individual con una duración de 10-15 minutos.

Análisis de datos

El registro y análisis de datos se llevado a cabo utilizando el programa estadístico SPSS.

Para comprobar la hipótesis, se ha empleado la prueba estadística ANOVA (análisis de varianza unidireccional), para analizar si los 3 grupos difieren entre ellos medias y varianzas. Este estadístico ofrece la posibilidad de comprobar si dos variables (una independiente y otra dependiente) están relacionadas, basándose en si las medias de la variable dependiente son diferentes en los grupos de la variable independiente. Al emplear ANOVA de un factor se produce el cálculo de F y su significación. Cuanto más difieren las medias de la variable dependiente con los grupos de la independiente, más alto será el valor de F. El resultado más elevado mostrará que hay más diferencias y una relación más fuerte. En cuanto a la significación, se entiende como la probabilidad de que el valor de F sea por azar. Con un nivel de confianza del 95%, si la significación es menor de 0,05 se establecerá que las dos variables están relacionadas. Una vez establecida la existencia de diferencias entre las medias, se ha empleado la prueba Tukey post hoc para determinar qué medias difieren.

Resultados

Se comparó a los tres grupos en la capacidad en FE. En la Tabla 2, se aprecian diferencias significativas entre el grupo control y el grupo con TCC. Dichas diferencias aparecen en algunas de las variables del instrumento, siendo la media del número de intentos empleados para completar la prueba, resultando mayor en el caso de los pacientes consumidores de cocaína, el número de categorías completas, siendo menor en dicho grupo experimental y el número de respuestas perseverativas y errores perseverativos, superior en el grupo con TCC. A pesar de que entre el grupo control y el de alcohol no aparezcan diferencias significativas, la puntuación es menor en este grupo experimental.

Tabla 2

Diferencias univariadas entre grupos en resultados del WSCT

	Grupo						F	Sig.
	Control		Alcohol		Cocaína			
	N=20		N=10		N=10			
	M	Dt	M	Dt	M	Dt		
1. Número de intentos	94.45c	20.72	105.80	25.82	121.90a	16.37	5.65	.007
2. Categorías completas	5.35c	1.42	4.70	1.83	3.30a	2.26	4.52	.018
3. Fallos Mantener Actitud	.55	.83	1.10	1.20	1.30	1.25	2.05	.143
4. Perseverativas	6.95c	16.53	11.90	15.26	31.00a	25.43	5.54	.008
5. Errores perseverativos	5.05c	12.31	9.10	10.80	23.10a	21.79	4.96	.012
6. Errores no perseverativos	20.70	12.50	23.00	20.28	29.20	16.36	.99	.383

Nota: Diferencias por grupo, siendo control (a), alcohol (b) y cocaína (c), acorde con la prueba Post Hoc de Tukey.

Referente al STROOP, aparecen diferencias significativas entre las medias del grupo control y el formado por consumidores de cocaína, presentes en la puntuación de los ítems a color realizados y en la puntuación de las palabras impresas con tinta de color leídas, mayores ambas en la población no consumidora. Entre los pacientes con TCA y el grupo control las diferencias no son significativas, aunque en el grupo de alcohol son menores. Dichos resultados quedan reflejados en la Tabla 3.

Tabla 3

Diferencias univariadas entre grupos en resultados del STROOP

	Grupo						F	Sig.
	Control		Alcohol		Cocaína			
	N=20		N=10		N=10			
	M	Dt	M	Dt	M	Dt		
1. Palabra	104.70	11.49	99.50	16.11	103.80	13.98	.519	.599
2. Color	75.95c	11.24	68.50	10.59	60.50a	19.80	4.35	.020
3. Palabra y Color	51.00c	7.48	41.80	12.80	40.90a	10.65	4.86	.013
4. Interferencia	7.0435	4.89	1.40	8.92	5.8400	8.61	1.88	.167

Nota: Diferencias por grupo, siendo control (a), alcohol (b) y cocaína (c), acorde con la prueba Post Hoc de Tukey.

Los resultados del SDMT quedan reflejados en la Tabla 4. Se aprecian diferencias entre el grupo control y el grupo con TCC, mostrando este último una media inferior en el número de aciertos. El grupo compuesto por pacientes con TCA presenta puntuaciones menores en relación al control, no siendo significativas.

Tabla 4

Diferencias univariadas entre grupos en resultados del SDMT

	Grupo						F	Sig.
	Control		Alcohol		Cocaína			
	N=20		N=10		N=10			
	M	Dt	M	Dt	M	Dt		
1. Total aciertos	47.95c	7.98	40.20	11.85	37.20a	11.13	4.64	.016

Nota: Diferencias por grupo, siendo control (a), alcohol (b) y cocaína (c), acorde con la prueba Post Hoc de Tukey.

Se comparó también a los tres grupos en lo referente a las capacidades en TdM. En la Tabla 5 se muestran las diferencias encontradas a través del TECA, las cuales aparecen entre los participantes control y los pacientes con TCC. Están presentes en la escala de empatía cognitiva (EC) y en la de empatía afectiva (EA). En el primer caso la adopción de perspectivas (AP) y la comprensión emocional (CE) es menor en los pacientes con consumo de cocaína y, en segundo lugar, la alegría empática (AE) también es menor en el grupo experimental. Los participantes con TCA presentan puntuaciones inferiores en comparación al grupo control, a pesar de que no sean significativas.

Tabla 5

Diferencias univariadas entre grupos en resultados del TECA

Grupo	F	Sig.
-------	---	------

	Control		Alcohol		Cocaína			
	N=20		N=10		N=10			
	M	Dt	M	Dt	M	Dt		
1. Adopción Perspectivas	28.65c	3.23	26.10	1.91	25.60a	3.63	4.21	.022
2. Comprensión Emocional	28.35c	2.11	29.90	3.25	30.90a	3.07	3.29	.048
3. Estrés Empático	20.85	3.25	23.50	5.74	22.50	5.56	1.22	.306
4. Alegría Empática	27.25c	3.13	27.10	3.64	35.80a	15.76	4.04	.026
5. Puntuación Total	105.10	6.24	107.30	7.85	109.80	9.60	1.31	.282

Nota: Diferencias por grupo, siendo control (a), alcohol (b) y cocaína (c), acorde con la prueba Post Hoc de Tukey.

Finalmente, la media de aciertos en el reconocimiento de emociones faciales no muestra distinción entre los 3 grupos. Sin embargo, los grupos clínicos muestran resultados inferiores, siendo el formado por consumidores de alcohol quienes obtienen menores puntuaciones. Estos resultados se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6

Diferencias univariadas entre grupos en resultados del Test FEEL

	Grupo						F	Sig.
	Control		Alcohol		Cocaína			
	N=20		N=10		N=10			
	M	Dt	M	Dt	M	Dt		
1. Total aciertos	36.30	3.67	33.60	6.08	34.40	6.02	1.13	.333

Nota: Diferencias por grupo, siendo control (a), alcohol (b) y cocaína (c), acorde con la prueba Post Hoc de Tukey.

Discusión y conclusiones

Queda demostrado de forma parcial el objetivo principal de la investigación, ya que se han detallado las diferencias existentes entre población con TCC y población sin ningún tipo de TCS, en cuanto al funcionamiento de las FE y TdM. Sin embargo, no ha sido posible hallar estas diferencias entre el grupo con consumo de alcohol y el grupo sin adicción. En cuanto a la hipótesis, queda parcialmente aceptada, puesto que sí existen diferencias en las implicaciones que tiene el alcohol, frente a las que tiene la cocaína, en las FE y TdM, pero no existen diferencias entre los pacientes con TCA y los pacientes con TCC. Si se comparan los resultados que se han obtenido con la presente investigación con otros estudios, aparecen conclusiones diversas.

En la afección de las FE en pacientes con TCA, el estudio realizado por Corral, Rodríguez & Cadaveira (2002) estableció que existía déficit en la flexibilidad mental en

los pacientes con TCA, evaluándolo a través del WSCT, aspecto que no se ha hallado en esta investigación.

Por otro lado, Ihara, Berrios & London (2000), con el uso del STROOP y el WSCT, lograron establecer que existía déficit en la capacidad para resolver problemas, en la flexibilidad mental y en la inhibición de respuestas automáticas, resultados que son opuestos a los del presente estudio.

Las diferencias en los resultados entre esta investigación y los estudios citados, pueden deberse a diversos factores, como son el reducido tamaño de la muestra de este proyecto, la heterogeneidad en la gravedad del trastorno, el periodo de abstinencia de los participantes y la posible interferencia de variables extrañas o limitaciones de tipo ambiental durante la evaluación.

En pacientes con TCC, de acuerdo al estudio emprendido por Ambrosio & Fernández (2011), se estableció que este tipo de población poseía déficit en esta capacidad, resultado que concuerda con los de este trabajo. Además, una investigación llevada a cabo por Lorea, Fernández-Montalvo & Tirapu (2010), descubrió que entre los componentes más afectados se encontraban la resolución de problemas y flexibilidad cognitiva, de igual modo que se ha visto en este trabajo.

El estudio de Maura, et al., (2011) en TdM en pacientes con TCA, ha demostrado que este tipo de población muestra dificultades para reconocer emociones faciales, resultado que no se corresponde al obtenido en este trabajo.

Los resultados del trabajo de Gizewski, et al., (2013) en empatía, muestran también déficit en este ámbito en pacientes con abuso de alcohol, lo que sí se relaciona con los resultados del presente proyecto. En cuanto al TCC, el trabajo de Preller, et al., (2013) muestra alteración en la capacidad empática en este tipo de personas, al igual que en este trabajo.

Sin embargo, según Fernández, Moreno, Pérez, & Verdejo (2012) el reconocimiento facial en pacientes con TCC se encuentra alterado, cosa que difiere de los resultados de este estudio. La divergencia de resultados radica en lo referido al reconocimiento facial de emociones y la causa de ello, además de los aspectos formulados, puede ser la elección de los instrumentos para este estudio, dado que los de las investigaciones citadas podrían resultar más precisos.

Los resultados obtenidos en este trabajo pueden resultar beneficiosos para la psicología clínica y el tratamiento de las drogodependencias en varios aspectos. Conociendo las implicaciones que tienen el caso alcohol y cocaína, puede hacerse hincapié en prevenir su consumo y, los programas de psicoeducación podrían enfocarse a la explicación de las alteraciones que genera el abuso de las mismas. Además, podrían desarrollarse programas dirigidos al entrenamiento y rehabilitación de las FE y TdM en población drogodependiente, concretamente en pacientes con TCC, ya que es el grupo donde radican las principales diferencias respecto a población sin TCS, según los resultados de este estudio. Dichos programas podrían plantearse desde un enfoque especializado y personalizado al daño particular de cada paciente. Finalmente, ya que varias investigaciones han probado la relación entre FE y TdM (Doenya, Yavuz & Selcuk, 2018; Li et al., 2017), podría llevarse a cabo un perfeccionamiento en la rehabilitación, potenciando el trabajo de la capacidad mejor conservada, logrando incrementar la otra, además de poder combinarse actividades que trabajasen simultáneamente ambos constructos.

En cuanto a las limitaciones, referente a la evaluación de los grupos clínicos y la recogida de datos, ha resultado costoso debido a la mortalidad de la muestra, ya que se ha producido abandono por parte de varios individuos. Otra de las dificultades metodológicas es la heterogeneidad de la población. El tipo de consumo y la gravedad

del mismo varían de un paciente a otro, lo que ha dificultado el establecimiento de los criterios de inclusión. Es probable que, como consecuencia, los resultados obtenidos no se hayan ajustado totalmente a los esperados, ya que el patrón de consumo es variable. Así mismo, el tamaño de la muestra que se ha empleado es bastante reducido, lo que ha limitado la contundencia de los resultados, implicando que no se puedan extrapolar al resto de población, influyendo influido en que las conclusiones halladas no se ajusten totalmente a las esperadas. La batería de instrumentos empleada, puede presentar limitaciones en lo que se refiere a la precisión de medida, especialmente los aplicados para la evaluación de TdM. Finalmente, la presencia de variables extrañas durante la evaluación, como la experiencia del evaluador, la forma en recibir las instrucciones para realizar los test y/o las condiciones ambientales. Como consecuencia, los resultados de este proyecto han podido diferir en lo que se esperaba establecer.

Planteando la posibilidad de continuar la investigación, se ha considerado relevante el ampliar el número de participantes, para una extrapolación más fiable de resultados. Podría incluirse nuevos pacientes con trastornos adictivos a otro tipo de sustancias. Resultaría también de interés incluir población con trastorno por consumo de fármacos e incluso población con trastorno por juego patológico. Así, podría comprobarse las diferencias que suponen las adicciones en relación a la presencia de una sustancia o no. Por otro lado, debido a la complejidad de las FE y la TdM, resultaría beneficioso aumentar el número de pruebas psicométricas empleadas para su evaluación, con el objetivo de abarcar el mayor número de componentes que las forman y establecer resultados más precisos. En cuanto al reconocimiento facial de emociones, podría realizarse una diferenciación, pudiendo comprobar si existen emociones que presentan mayor dificultad para ser identificadas. Podría añadirse el tiempo de reacción requerido por los participantes para emitir una respuesta, tratando de hallar conclusiones más precisas y fiables. Finalmente, podría ampliarse el número de hipótesis, planteando, en primer lugar, profundizar en la relación entre la TdM y las FE, para poder determinar si la afección en una de ellas genera alteración en la otra. En segundo lugar, debido a la relación que parece existir entre las FE y TdM con el control de impulsos, incluir el estudio y análisis de la impulsividad y la capacidad de control de la misma en población con un diagnóstico con trastorno por adicción, resultaría altamente atractivo.

Referencias

- Ambrosio, E. & Fernández, E. (2011). Fundamentos neurobiológicos de las adicciones. En Pedrero, E. (Ed), *Neurociencia y Adicción* (pp. 19-46). Madrid: Sociedad Española de Polítotoxicomanías.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-5), 5.a ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
- Becoña, E. (2012). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En Caballo, V., Salazar, I. & Carroble, J.A. (Ed), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp. 555-582). Madrid: Pirámide.

- Blanco-Menéndez, R. & Vera de la Puente, E. (2013). Un marco teórico de las funciones ejecutivas desde la neurociencia cognitiva. *Eikasia Revista de Filosofía*, 48, 189-195.
- Bonet, J., Salvador, A., Torres, C., Aluco, E., Cano, M. & Palma, C. (2015). Consumo de cocaína y estado de las funciones ejecutivas. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(2), 13-23.
- Calle, D. (2014). Cerebro y cognición social. Un puente entre la neurociencia y la construcción social del paciente. *Realitas, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 2(1), 51-56
- Corral, M., Rodríguez, S. & Cadaveira, F. (2002). Perfil neuropsicológico de alcohólicos con alta densidad familiar de alcoholismo tras abstinencia prolongada: hallazgos preliminares. *Revista Española de drogodependencias*, 27(2), 148-158.
- Doenyas, C., Yavuz, H. & Selcuk, B. (2018). Not just a sum of its parts: How tasks of the theory of mind scale relate to executive function across time. *Journal of Experimental Child Psychology*, 166, 485-501.
- Dolengevich, H., Rodríguez, B., Mora, F. & Quintero, J. (2015). Trastornos por consumo de sustancias y fármacos. *Medicine*, 11(86), 5137-5143.
- Fernández-Montalvo, J. & Tirapu- Ustároz, J. (2010). Rendimiento neuropsicológico en la adicción a la cocaína: una revisión crítica. *Revista Neurología*, 51(7), 412-426.
- Flores, J. & Ostrosky-Solís, F. (2008). Neuropsicología de Lóbulos Frontales, Funciones Ejecutivas y Conducta Humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 47-58.
- Frazer, K., Manly, J., Downey, G. & Hart, C. (2017). Assessing cognitive functioning in individuals with cocaine use disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 40(6), 619-632.
- Gizewski1, E., Müller, B., Scherbaum, N., Lieb, B., Forsting, M., Wiltfang, J., Leygraf, N. & Schiffer, B. (2013). The impact of alcohol dependence on social brain function. *Addiction Biology*, 18(1), 109-120.
- Gruber, S.A. & Yurgelun-Todd, D.A. (2001). Neuropsychological correlates of drug abuse. En Kaufman, M.J. (Ed). *Brain imaging in substance abuse: research, clinical and forensic applications*. (pp. 199-221). New York: Humana Press Inc.
- Guardia, J., Surkov, S. & Cardús, M. (2010). Neurobiología de la adicción. En Pereiro, C. (Ed), *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación* (pp.37-130). España: Sociodrogalcohol.

- Guitart, A., Espelt, A., Castellano, Y., Bartroli, M., Villalbí, J., Domingo.Salvany, A. & Brugal, M.T. (2011). Impacto del trastorno por consumo de alcohol en la mortalidad: ¿hay diferencias según la edad y el sexo?. *Gaceta Sanitaria*, 25(5), 385-390.
- Ihara H., Berrios, G.E. & London, M. (2000) Group and case study of the dysexecutive syndrome in alcoholism without amnesia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 68(6), 731-737.
- Johnson, E., Skromanis, S., Bruno, R., Mond, J. & Honan, C. (2018). Inhibiting automatic negative social responses in alcohol intoxication: interactions with theory of mind ability and level of task guidance. *Psychopharmacology*, 235(4), 1221-1232.
- Kessler, H., Bayerl, P., Deighton, R. M., & Traue, H. C. (2002). Facially Expressed Emotion Labeling (FEEL): PC-gestützter Test zur Emotionserkennung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23(3), 297-306.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J. & Tirapu, J. (2004). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. *Revista Adicciones*, 16(1), 41-52.
- Landa-González, N., Lorea, I. & López-Goñi, J.J. (2011). Neuropsicología de las Drogodependencias. En Tirapu, J., Ríos, M. & Maestú, F. (Ed), *Manual de Neuropsicología* (pp. 427-452). Barcelona: Viguera
- Li, X., Hu, D., Deng, W., Tao, Q., Hu, Y., Yang, X., Wang, Z., Tao, R., Yang, L. & Zhang, X. (2017). Pragmatic Ability Deficit in Schizophrenia and Associated Theory of Mind and Executive Function. *Frontiers in Psychology*, 8(2164).
- M.J. Fernández, M.J., Moreno, L., Pérez, M. & Verdejo, A. (2012). Inteligencia emocional en individuos dependientes de cocaína. *Trastornos adictivos: Órgano Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías*, 14(1), 27-33.
- Madoz-Gurpide, A. & Ochoa-Mangado, E. (2012). Alteraciones de funciones cognitivas y ejecutivas en pacientes dependientes de cocaína: estudio de casos y controles. *Revista de Neurología*, 54(4), 199-208.
- Maurage, F., De Timary, P., Tecco, J., Lechantre, S. & Samson, D. (2015). Theory of Mind Difficulties in Patients with Alcohol Dependence: Beyond the Prefrontal Cortex Dysfunction Hypothesis. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 39(6), 980-988.
- Maurage, P., Grynberg, D., Noël, X., Joassin, F., Verbanck, P., De Timary, P., Campanella, S. & Philippot, P. (2011). The “Reading the Mind in the Eyes” test as

- a new way to explore complex emotions decoding in alcohol dependence. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 375-378.
- National Institute on Drug Abuse, 2010. *Cocaína: abuso y adicción*. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/cuales-son-los-efectos-corto-plazo-del-uso-de-la-cocaina>.
- Organización Mundial de la Salud, 2015. *Glosario de términos del alcohol y drogas*. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.
- Sanvicente-Vieira, B., Kluwe-Schiavon, B., Corcoran, R. & Grassi-Oliveira, R. (2017). Theory of Mind Impairments in Women With Cocaine Addiction. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 78(2), 258-267.
- Sanvicente-Vieira, B., Romani-Sponchiado, A., Kluwe-Schiavon B., Brietzke, E., Brasil, R. & Grassi-Oliveira, R. (2017). Theory of Mind in Substance Users: A Systematic Minireview. *Substance Use & Misuse*, 52(1), 127-133.
- Shield, K., Parry, C. & Rehm, J. (2014). Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Research*, 35(2), 155-173.
- Tirapu, J & Sánchez-Cubillo, I. (2011). Neuropsicología de la Conciencia y Teoría de la Mente. En Tirapu, J., Ríos, M. & Maestú, F. (Ed), *Manual de Neuropsicología* (pp. 261-280). Barcelona: Viguera.
- Tirapu, J & Luna-Lario, P. (2011). Neuropsicología de las Funciones Ejecutivas. En Tirapu, J., Ríos, M. & Maestú, F. (Ed), *Manual de Neuropsicología* (pp. 219-252). Barcelona: Viguera.
- Verdejo, A. (In press). *Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral*. (Tesis doctoral). Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada.
- Vergara-Moragues, E., Verdejo-García, A., Lozano, O., Santiago-Ramajo, S., González-Sainz, F., Betanzos, P. & Pérez, M. (2017). Association between executive function and outcome measure of treatment in therapeutic community among cocaine dependent individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 78, 48-55.
- Yucel, M. & Lubman, D. I. (2007). Neurocognitive and neuroimaging evidence of behavioural dysregulation in human drug addiction: implications for diagnosis, treatment and prevention. *Drug and Alcohol Review*, 26(1), 33-39.

Fecha de recepción: 07/04/2021
Fecha de revisión: 04/05/2021
Fecha de aceptación: 02/07/2021

Cómo citar este artículo:

Gutiérrez, P. y Martín, J.L. (2021). Implicaciones de la autoestima y el autoconcepto en el bienestar psicológico de los adolescentes españoles. *MLS Psychology Research* 4 (2), 53-69. doi: 10.33000/mlspr.v4i2.668.

IMPLICACIONES DE LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADOLESCENTES ESPAÑOLES

Paula Gutiérrez Salmon

Universidad Europea del Atlántico (España)

paugutie93@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0003-2489-3491>

Juan Luís Martín Ayala

Universidad Europea del Atlántico (España)

juan.martin@uneatlantico.es · <https://orcid.org/0000-0002-7461-2857>

Resumen. El autoconcepto se considera un elemento favorecedor del sentido de la propia identidad, constituyendo un marco de referencia desde el que interpretar la realidad externa y las experiencias que influyen en las expectativas de la persona, su rendimiento, así como salud y equilibrio psicológico. La autoestima es la suma de juicios que la persona genera de sí misma, incluyendo las dimensiones afectiva y evaluativa de la autoimagen que se basan en datos objetivos, y que constituyen aquello que una persona piensa sobre sí misma. Diferentes investigaciones recientes han revisado cuán importante es la autoestima y/o el autoconcepto en el bienestar psicológico. Hasta donde se sabe, esta es la primera contribución que se ha llevado a cabo para una revisión sistemática, donde se incluyen bases de datos clínicas y datos sobre el nivel de autoestima y/o autoconcepto comparándolo con el bienestar psicológico de los adolescentes. Se seleccionó 33 artículos de una amplia bibliografía potencialmente relevante dentro de los criterios a seguir y seleccionados para su análisis. Los estudios examinados sugieren que un bajo rendimiento escolar, la inactividad tanto física como psíquica y los estilos parentales negligentes correlacionan positivamente con una baja autoestima. Además, se aprecian diferencias en cuanto al género. Es por ello que, como estudios futuros, sería necesario incluir en los centros de estudios aspectos curriculares para contribuir a un buen desarrollo personal y así desembocar en un bienestar psicológico.

Palabras clave: Psicología, Autoestima, Autoconcepto, Adolescentes.

IMPLICATIONS OF SELF-ESTEEM AND SELF-CONCEPT IN THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF SPANISH ADOLESCENTS

Abstract. Self-concept is defined as a favorable element of the sense of one's identity, constituting a frame of reference from which to interpret the external reality and the experiences that influence the expectations of the person, their performance, as well as health, motivation and psychological balance. And self-esteem as the sum of judgments that the person generates of himself, including the affective and evaluative dimensions of self-image that are based on objective data, and that constitute what a person thinks about himself. Different recent articles have reviewed how important is self-esteem and/or self-concept in psychological well-being. To the best of our knowledge, this is the first contribution that has been made for

a systematic review based on the evidence that includes clinical databases and data on the level of self-esteem and/or self-concept compared to the psychological well-being of adolescents. 33 articles were selected that were potentially relevant within the criteria to be followed and selected for analysis. The studies examined suggest that poor school performance, both physical and psychological inactivity and negligent parental styles correlate positively with low self-esteem. In addition, there are differences in gender. That is why as future studies, it is necessary to include curricular aspects in the study centres to contribute to good personal development and thus lead to psychological well-being.

Palabras clave: Psychology, Self-esteem, Self-concept, Adolescents

Introducción

El autoconcepto y la autoestima, son dos conceptos fuertemente relacionados entre sí a pesar de que se han considerado ambiguos y ampliamente discutidos dentro del ámbito de la psicología (Ortega, Mínguez y Rodes, 2000; Pepe, Moreno-Jiménez y Massota 2021). La investigación realizada sobre el autoconcepto determina que ha experimentado un punto de inflexión, desde mediados de los años setenta a partir de los trabajos de Shavelson et al (1976) y Marsh (1990) este término sufre un cambio en la forma de entenderlo, reemplazando una visión unidimensional por una concepción jerárquica y multidimensional. Vendría a ser el resultado de un conjunto de percepciones parciales del propio yo que se estructuran en una organización jerárquica formada por un conjunto de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, las cuales, son el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información que recibe de su propia experiencia y la relación con los demás (González, Núñez, González y García, 1997). Es una perspectiva multidimensional porque se integran tanto aspectos descriptivos o cognitivos correspondientes a la autoimagen como los aspectos valorativos o afectivos que corresponden a la autoestima (Marsh y Craven, 2016; Álvarez, Herrera, Villalobos y Araya, 2019). Dentro del constructo se distinguen los componentes físicos, académico, personal y social. Con respecto al autoconcepto físico, este es medido mediante dos subescalas, la de habilidad física y deportiva y la apariencia física. El modelo de Fox (1988) lo divide en cuatro dimensiones; habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza. Este último modelo, sirve como referente para la construcción del Physical Self-Perception Profile (PSPP) de Fox y Corbin (1989), que supone uno de los instrumentos de mayor relevancia en los últimos años. Respecto a la dimensión de autoconcepto personal, este es utilizado para referirse a lo emocional y moral, haciendo referencia a la idea que cada persona tiene de sí misma en cuanto ser individual. Consta al menos de cuatro dimensiones, el afectivo-emocional, el ético-moral, el autoconcepto de la autonomía y el autoconcepto de la autorrealización. Este modelo teórico, ha servido de referencia para el diseño y elaboración de un Cuestionario de Autoconcepto Personal (APE). En cuanto a la estructura social, Parker y Smith (1983) publican el Self-Description Questionnaire I (SDQI) mediante esta escala se trabaja la relación con los iguales pretendiendo medir la autopercepción de la aceptación entre los pares. Por último, la dimensión académica, responde a la presunción de que no se puede entender la conducta escolar sin considerar las percepciones que el sujeto tiene de sí mismo y en particular, de su propia competencia académica (Goñi y Fernández, 2008). Siguiendo el modelo de Shavelson et al. (1976), el autoconcepto académico se subdivide en la percepción de la competencia que se tiene respecto a las diversas materias escolares. Para ello, se creó el instrumento de medida Academic Self Description Questionnaire (ASDQ).

Por otro lado, la autoestima es uno de los conceptos más antiguos en psicología, siendo objeto de análisis por primera vez en 1890 por William James en su libro *Principios de Psicología* (Branden 2004). Años más tarde, Morris Rosenberg y colaboradores, comenzaron a referirse a las temáticas concernientes a la valoración autoconcepto y autoestima (Rosenberg, 1957, 1965, 1986; Rosenberg y Tielens, 1953; Rosenberg y Simmonds, 1972). Sin embargo, no es hasta la década de 1980 cuando el concepto es utilizado con mayor frecuencia en diferentes ámbitos como la publicidad, la educación y la política entre otros, entendiéndose como una variable que influye en el éxito personal (González, 1999). A pesar de su relevancia, existen dificultades a la hora de definirla debido a su fuerte asociación con variables como el autoconcepto, la autoeficacia o la autoimagen (Valentine, DuBois, y Cooper, 2004; Cascales y Prieto, 2018). Desde una perspectiva psicológica, se ha conceptualizado como una actitud respecto de sí mismo vinculado con la creencia personal de las propias habilidades, relaciones sociales y futuros logros (Hewit, 2002). De acuerdo a un análisis multidimensional, se determinó que la autoestima también cuenta con diferentes dimensiones, esta comprende cuatro; el área personal que hace referencia a la evaluación que realiza el individuo de sí mismo, su imagen corporal y capacidades, el segundo área es el académico que se relaciona con la evaluación que hace la persona de su desempeño en el ámbito escolar tomando en consideración su productividad y capacidad. El tercer área es el familiar, que es la evaluación que la persona efectúa de sus interacciones con los miembros de su grupo familiar. Por último, el área social que es la valoración que el individuo ejecuta con respecto a sus interacciones sociales (Coopersmith, 1967). Cubas, Marco, Monfort, Villarrasam, Pardo y García (2019) resaltan que la autoestima es el factor más influyente en las relaciones sociales sobre la base de un estudio realizado en preadolescentes y jóvenes.

Diferentes estudios muestran como ambos términos presentan un marcado carácter evolutivo que se propicia con variaciones de los mismos atendiendo a las necesidades específicas de cada individuo y es así como mediante las interacciones intersubjetivas y a lo largo del ciclo vital, se construye la imagen de uno mismo (Shun y Conde, 2009; Taberner, Serrano y Mérida, 2017). Recobrando una mayor importancia en la adolescencia ya que es el periodo de tiempo en el que más cambios experimenta el individuo. A lo largo de este periodo algunas investigaciones coinciden en que se produce un descenso que tiende a recuperarse en los años posteriores en el caso de los hombres, ya que, en el caso de las mujeres, los niveles de autoestima suelen mantenerse bajos durante todo el ciclo (Álvarez et al., 2019; Parra et al., 2004; Savin- Williams y Demo, 1984). También se observa una tendencia similar en la autoeficacia, con un descenso significativo, sobretudo en aquellos estudios que evalúan la autoeficacia relativa a materiales escolares que puede atribuirse a los cambios que surgen tras el paso de la escuela primaria a la secundaria o al instituto (Bandura, 2006; Eccles, Wigfield y Schiefele, 1998; Urdan y Midgley, 2003). Algo diferente es la tendencia mostrada en el bienestar psicológico y la satisfacción vital, ya que parece ser una variable muy estable. (Huebner, 2004; Huebner et al., 2000).

Dependiendo de la experiencia vital y los estímulos percibidos, estos constructos generan en el individuo un bienestar o un malestar psicológico referido al desarrollo del potencial humano y al funcionamiento psicológico de la persona. Molina y Meléndez (2006) conciben el bienestar psicológico como una construcción personal enfocada en la capacidad del individuo para interactuar de manera armoniosa en las circunstancias de la vida. Ryff (1989) formuló un modelo multidimensional referido al bienestar psicológico

que estaba compuesto por seis factores que incluyen la autoaceptación, el crecimiento personal, la creencia de que la vida tiene un propósito, el desarrollo y mantenimiento de relaciones de calidad con los otros, el dominio ambiental y un sentido de autodeterminación personal. Cada una de estas dimensiones señala los desafíos a los que se expone el individuo en sus constantes por funcionar plenamente (Cubas et al., 2019; Keyes, 2006). En 2004, Reid realizó un estudio con adolescentes estadounidenses, encontró que la autoestima y el autoconcepto predecían mejor el bienestar psicológico de los hombres que de las mujeres, así como su armonía interpersonal. (Reid, 2004). Por otro lado, Dumont y Provost (1999) afirmó que una autoestima alta en adolescentes, se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano ya que, los jóvenes con una autoestima elevada, disfrutaban más de las experiencias positivas y son más eficaces en el afrontamiento de las experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas tras un fracaso (Dodgson y Wood, 1998; Sánchez et al., 2011; Tashakkori, Thompson, Wade y Valente, 1990). También perciben tener una menor responsabilidad ante un feedback negativo que aquellos que cuentan con una autoestima más baja (Campbell y Fairey, 1985; Jussim, Yen y Aiello, 1995), ya que tienden a realizar atribuciones de forma más controlable (Godoy, Rodríguez Naranjo, Esteve y Silva, 1989) y se muestran más persistentes ante las tareas (Sommer y Baumeister, 2002), realizan una mayor planificación de las respuestas en el ámbito académico (Gázquez, Pérez, Ruiz, Miras y Vicente, 2006) y obtienen niveles superiores (Lerner et al., 199; Rokka et al., 2019).

En cuanto al autoconcepto, su mantenimiento en el ámbito académico favorece una mejor percepción de autoeficacia y el uso de mejores estrategias de aprendizaje, las cuáles facilitan un procesamiento profundo de la información (García et al., 2010; Gargallo, Garfella, Sánchez, Ros y Serra, 2009; Núñez et al., 1998). En cuanto a las relaciones interpersonales, los adolescentes con una alta autoestima se muestran menos susceptibles a la presión de los iguales (Zimmerman, Copeland, Shope y Dielman, 1997), obteniendo mejores impresiones por parte de éstos (Robins, Hendin y Trzeniewski, 2001) y se muestran más cercanos (Filippoe et al., 2018; Neyer y Asendorpf, 2001).

Cuando los jóvenes con menor autoestima se exponen ante una situación de fracaso, llevan a cabo un afrontamiento menos eficaz. Así, tienden a sobregeneralizar los fracasos (Kernis, Brockner y Frankel, 1989) y dirigen sus conductas a evitar las emociones negativas que éstos les producen (Park y Maner, 2009). Crocker y Wolfe (2001) afirman que desde edades tempranas la persona aprende respuestas de evitación ante experiencias que le generan emociones negativas, lo que genera que puedan llegar incluso a tener dificultades para afrontar eficazmente estas situaciones, provocando que los posibles fracasos se repitan, retroalimentando así una baja autoestima. Este hecho, contribuye a que las conductas se enfoquen a satisfacer la autoestima pese a que otras acciones le puedan resultar más satisfactorias.

El presente estudio se propuso examinar la influencia existente entre el autoconcepto y la autoestima en el bienestar psicológico de adolescentes españoles con el fin de aunar conocimientos acerca de estas variables puesto que sería de gran utilidad para la promoción del desarrollo personal de este colectivo.

Objetivo general

- Identificar los estudios empíricos que relacionen la influencia de la autoestima y el autoconcepto con el bienestar psicológico de los adolescentes.

Objetivos específicos

- Averiguar los instrumentos de medición utilizados en los estudios realizados sobre autoestima, autoconcepto y bienestar psicológico.
- Aunar la información existente sobre las diferencias de género en cuanto a la autoestima y el autoconcepto.
- Indagar en las producciones científicas si la autoestima y el autoconcepto suponen factores de protección ante situaciones de riesgo como el fracaso escolar o consumo de tóxicos.

Método

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de los estudios cuantitativos empíricos que examinan la relación que guarda la autoestima y el autoconcepto con el bienestar psicológico de adolescentes españoles. La búsqueda considera todos los estudios disponibles desde el 2010 hasta noviembre de 2020. Para ello se ha realizado un análisis exhaustivo de la literatura en las bases de datos PubMed, Dialnet, EBSCO y IFindr.

El proceso de selección de los artículos que se ha seguido es: 1) buscar en cada base de datos (PubMed, Dialnet, EBSCOhost y IFindr) aplicando los términos (ej. “self esteem AND spanish adolescents”); 2) rechazar los documentos pertenecientes a libros, resúmenes, revisiones, notas, editoriales de cada base de datos; 3) revisar los títulos y los resúmenes de las bases de datos con el objetivo de eliminar los duplicados; 4) finalmente, examinar el texto completo de cada artículo para seleccionar la batería definitiva.

Los términos de búsqueda que se han utilizado en PubMed fueron: “self esteem AND spanish adolescents” con un total de 1270 resultados de los cuales se usaron 4 artículos; “self concept AND spanish adolescents” con un total de 1124 resultados de los que se utilizaron 3; “self esteem AND teenagers AND spanish” con un total de 1240 resultados de los que se usó 1.

En el caso de Dialnet se usaron los siguientes términos: “autoestima y adolescentes españoles” con un resultado de 768 de los que se usaron 2; “autoconcepto y adolescentes españoles” con un total de 88 resultados de los que se utilizaron 1.

Con respecto a EBSCOhost los términos que se utilizaron fueron: “self esteem IN adolescence spanish” con resultado 36995 de los que se usaron 3; “self esteem AND sex difference IN adolescence spanish” con 54301 resultados de los que se utilizaron 2; “self esteem AND adolescents spanish” con un total de 115 de los que no se utilizó ninguno; “self concept AND adolescents spanish” con un total de 94 resultados de los que no se usó ninguno.

Por último, en IFindr las palabras clave utilizadas fueron: “self esteem AND spanish adolescents” con un total de 148 de los que se usaron 5; “self esteem AND spanish students” con resultado de 165 de los que se utilizaron 3; “self esteem AND sex difference IN spanish adolescents” con un resultado de 812 que se usaron 4; “self esteem AND spanish teenagers” con un resultado de 20 artículos de los que se utilizaron 1; self esteem AND sex difference IN spanish teenagers”, con un resultado de 103 de los que se escogieron 4; “self concept AND spanish teenagers”, con un resultado de 19 de los que se escogió 1.

Por ende, los estudios que fueron potencialmente relevantes dentro de los criterios a seguir, han sido 33, de los cuales 27 están en inglés y 6 de ellos en español. Los artículos duplicados encontrados durante el análisis de las diferentes bases de datos fueron 14 estudios.

Los criterios de inclusión que se han seguido son: Estudios cuantitativos empíricos, transversal en sección, prospectivo, longitudinal de cohortes y diseños de casos y controles, participantes de edades comprendidas entre los 10 y los 20 años de nacionalidad española y escolarizados, estudios en inglés y en castellano, con una muestra mínima de 50 participantes.

En cuanto a los criterios de exclusión: el lugar de realización del estudio descartando estudios enfocados en adolescentes internacionales, artículos relacionados pero que utilizan una perspectiva médica en su estudio, comentarios, libros, artículos de opinión y congresos, estudios cualitativos empíricos, participantes que tengan enfermedades crónicas, físicas o psicológicas, personas con diversidad funcional.

Instrumentos

Las escalas más utilizadas en los diferentes estudios son La Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala Autoconcepto Forma 5 (AF5) y el Self Description Questionnaire (SDQ-2).

La escala de autoestima de Rosenberg, fue creada en 1965 por M. Rosenberg. Es una escala de tipo Likert que consta de 10 ítems con 4 opciones de respuesta; desde extremadamente de acuerdo (4) a extremadamente en desacuerdo (1). 5 de sus ítems son directos y 5 inversos (3,5,8,9,10), donde cada uno de ellos es una afirmación sobre la valía personal y la satisfacción con uno mismo. La puntuación mínima que puede alcanzarse es 10 y máxima de 40. La escala mostró alta fiabilidad; correlaciones test – retest en el rango de 0,82 hasta 0,88. Esta escala ha sido ampliamente analizada ya que se considera una de las mejores medidas de autoestima global. El análisis de su consistencia interna ha mostrado que esta escala es internamente consistente tanto en muestra de adolescentes (Francis y Wilcox, 1995; Hagborg, 1996; McCarthy y Hoge 1982), como de estudiantes universitarios y adultos (Dobson, Guoudy, Keith y Powers, 1997).

Por otro lado, la Escala de Autoconcepto Forma 5 (AF-5) fue creada en 1999 por García y Musitu. Es una escala de tipo Likert que admite 11 posibilidades de respuesta, donde 0 es nunca y 10 es siempre, consta de 30 ítems que evalúan diferentes aspectos del autoconcepto en niños, adolescentes y adultos en diferentes vertientes, lo social, lo académico, profesional, emocional, familiar y físico con 6 ítems cada una (García y Musitu, 2014). Su coeficiente de consistencia es de 0,84.

El siguiente más utilizado es el *Self Description Questionnaire* (SDQ-2) fue desarrollada por Marsh en 1999. Consta de 102 ítems, aunque existe una versión abreviada que consta de 51 ítems, supone una de las medidas multidimensionales del autoconcepto más utilizadas en la investigación y considerada entre las mejores en términos de propiedades psicométricas y validez de constructo. Presenta 11 dimensiones de autoconcepto, en primer lugar, las académicas que son la verbal, matemático y académico general, y siete dimensiones no académicas que engloba, la habilidad física, la apariencia física, las relaciones con el mismo sexo, relaciones con el sexo opuesto, relaciones con los padres, sinceridad- veracidad y la estabilidad emocional. Las estimaciones de confiabilidad de consistencia interna se encuentran entre el 0.80 y el 0.90 (Bodkin- Andrews, Ha, Craven y Yeung, 2010).

Los cuestionarios o escalas que aparecen en los estudios de esta revisión que no se repiten como los anteriormente mencionados son el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith, el “*Culture Free Self- Esteem Inventory*” de Battel, el “*Self- Concept Evaluation Scale for Adolescents*” (ESEA2), el “*Physical Self-Perception Profile*” (PSPP), el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF), el “*Physical Self- Questionnaire*” (PSQ) y el “*The Mind- Wondering Questionnaire*” (MWQ).

Resultados

El estudio consta de un total de 34.825 sujetos participantes en las 33 investigaciones seleccionadas, siendo el 49,6% hombres y un 50,4% mujeres. De los treinta y tres artículos, todos indicaron que los participantes eran adolescentes. El participante más joven tenía 10 años mientras que el mayor tenía 21 años. Las edades más estudiadas en las diferentes publicaciones comprendían el rango de edad de 14 a 16 años.

Veintitrés estudios (69,7%) analizaban la autoestima y otros nueve artículos (27,3) se centraba en el autoconcepto. Solamente un análisis se centró en las dos variables juntas.

Algunos autores (Fernández, Grao, Nuviala y Pérez, 2014) muestran que un bajo autoconcepto conlleva una baja inactividad tanto física como psicológica y que esto afecta tanto a la satisfacción personal como a llevar una dieta equilibrada. Resultados que coinciden con las investigaciones de Monks, Ortega y Rodríguez, (2015) que afirman que la vida sedentaria afecta negativamente a la autoestima y debilita la dedicación a fortalecer el autoconcepto. Contreras y Cuevas (2019) muestran como el aumento de la actividad física produce un efecto positivo indirecto sobre la autoestima, al igual que Gómez y Ortega (2016) que confirman que el deporte y la autoestima correlacionan positivamente. Castillo, Queralt y Molina (2011) afirman que la autoestima se relaciona positivamente con una mayor vitalidad y esto aporta mayor iniciativa para realizar actividades físicas. Respecto a la relación que guarda con el autoconcepto, Revuelta, Esnaola y Goñi (2016), concluyen que la actividad física junto a este constructo, influyen bidireccionalmente siendo los hombres aquellos que tienen mejor concepto de si mismos frente a las mujeres y que además estos, muestran mejores habilidades motrices que ayudan al mantenimiento de un autoconcepto positivo.

En cuanto al rendimiento escolar, Gómez, Ortega y Romera (2016) afirman que en este ámbito se debe empoderar al educando realizando intervenciones periódicas, debido a que muestran un nivel de autoestima más baja en comparación con adolescentes de otros países, argumentación en la que están de acuerdo Castillo, Chinchilla, Lourenço y Onetti (2019) que realizaron una comparación con los estudiantes adolescentes de Portugal. Estos autores afirman que los puntajes en las escalas de los españoles, aportan datos significativamente más bajos. Castillo, Fernández y Onetti (2019) en su estudio aprecian diferencias significativas en cuanto al autoconcepto de los adolescentes en la transición escolar, mostrando que los que cursan secundaria, cuentan con niveles más bajos de autoestima que los alumnos de primaria. Castejon, Golar, Miñano y Veas (2016) coinciden en estos resultados debido a que en su muestra afirman que existe un bajo rendimiento asociado a una baja autoestima de los adolescentes en edad escolar avanzada, al igual que la investigación realizada por García, García, Serra y Zacarés (2018) que reconocen que en la adolescencia tardía, se encuentran niveles más bajos de autoestima, esto genera que los adolescentes dejen de confiar en sus capacidades y se desmotiven

provocando sensación de frustración por sus experiencias de fracaso, y haciendo del éxito atribuciones externas y de los fracasos atribuciones internas, lo que tiende a empeorar su autoconcepto con un alto coste emocional. La totalidad de los estudios empíricos que asocian la autoestima y el autoconcepto con el rendimiento académico afirman que los padres y los docentes son una gran fuente de influencia para el alumnado.

Otro de los aspectos analizados es el adecuado uso de Internet, diferentes autores han mostrado que una baja autoestima y un autoconcepto negativo correlaciona positivamente con el uso inadecuado de las redes sociales. Amigo, Errasti y Villadangos (2019) fueron los que basaron su trabajo en la relación del autoestima con el uso o abuso de redes sociales como Facebook, Twitter o Instagram, en este estudio, mostraron que los usuarios que tienen una autoestima más baja, son aquellos que realizan conductas más compulsivas en las redes sociales y los que mayor tiempo invierten para su propia aceptación. Los resultados también indicaron que existe una relación significativa entre el nivel de autoestima que presenta el sujeto y el nivel de adicción a internet siendo los sujetos con mayor autoestima los que menos abusan de la red.

En el ámbito familiar, existe un consenso en cuanto a las revisiones realizadas, autores como García, García, Serra y Zacarés (2018) argumentan que los resultados de los adolescentes de familias más autoritarias o negligentes, tienen una menor autoestima, coincidiendo con Ferradas, Freire y Regueir (2019) siendo las vivencias negativas en el hogar un determinante que contribuye a una autodefinición y autovaloración negativa del adolescente, ya que es frecuente que quienes han vivido en un ambiente hostil, desarrollen una autoestima y un autoconcepto deficiente.

Respecto a las víctimas de abuso sexual, los estudios abordados como los de Acosta, Checa, Matheo y Parron (2019) muestran diferencias significativas entre los sujetos con y sin historia de abuso sexual en cuanto a su autoestima, teniendo las víctimas de dicho abuso, una baja autoestima y una autovaloración negativa de sí mismos, este hecho está asociado a la vulnerabilidad que la víctima ha experimentado en el abuso. Por otro lado, Monks, Ortega y Sánchez (2015) argumentan que la victimización cultural tiene un efecto negativo sobre la autoestima y sobre el estado emocional del adolescente.

Por último, respecto al género, existen discrepancias, existiendo estudios que afirman no haber diferencias significativas entre géneros y niveles educativos dentro de la adolescencia (Galiana y cols., 2015) pese a que otros como Gómez, Mendoza y Piano (2016), Oliva, Parra y Sánchez (2017) entre otros, afirman que las mujeres tienen una autoestima con niveles alarmantemente más bajos respecto a los hombres. Se ha visto que las mujeres con baja autoestima sufren mayores episodios de ansiedad por la tensión que supone intentar mostrar una imagen de sí mismas ideal con el objetivo de convencer de su valía a otras personas cuando en realidad, la imagen que guardan de ellas mismas es negativa. Este hecho genera una tendencia a una identidad frágil y poco estable además de ser algo cambiante y sufrir un sentimiento de vulnerabilidad ante la opinión de otros.

Discusión y conclusiones

El objetivo principal de esta revisión sistemática se basó en identificar los estudios empíricos que relacionasen la influencia de la autoestima y el autoconcepto con el bienestar psicológico de los adolescentes. Estos términos, se han considerado ambiguos dentro del ámbito de la psicología y, por ende, un relevante objeto de estudio en diversas formulaciones teóricas e investigaciones empíricas (Góngora y Casullo, 2009; Ortega,

Mínguez y Rodes, 2000) siendo constructos de interés clínico por su relación con cuadros psicopatológicos y, en general, con el bienestar psicológico de las personas (Vázquez, Vázquez-Morejón y Bellido, 2013). Las investigaciones seleccionadas relacionaban variables como la actividad física, el rendimiento académico, el uso de internet, la parentalidad y el abuso.

Respecto a la actividad física, todos aquellos estudios que evaluaron a través del AF5 concluyen que practicar actividad física mejora el autoconcepto de la población general haciendo distinciones entre los géneros, lo que influye directamente en su bienestar psicológico. (Hortigüela y Pérez, 2015; Reguera y Gutiérrez, 2015; Hortigüela, Pérez y Calderón, 2016; Frutos de Miguel, 2018). Estos resultados ponen de manifiesto que adoptar estilos de vida activos son indicadores del bienestar psicológico tanto en las medidas de autoconcepto físico multidimensional como las autovaloraciones generales, permitiendo mejorar las autopercepciones de los adolescentes, un aspecto fundamental en una edad tan crítica y expuesta a continuas evaluaciones tanto internas como externas (Contreras y Cuevas, 2019).

En base al rendimiento escolar se ha podido ver como la autoestima y el autoconcepto influyen directamente en el rendimiento académico pero que este depende de otras variables como pueden ser el sentido de competencia y el sentido de la autoeficacia entre otras. En esta línea, Carrera, Fuentes y Tomás, (2012) añaden que un determinante de la autoestima y del autoconcepto se puede encontrar en las experiencias de éxito académico, una expectativa negativa acerca de la capacidad del adolescente, provocará un abandono en vez de una búsqueda de estrategias para superarlo (Gómez, Ortega y Romera, 2016).

En las investigaciones exploradas existe una evidencia global respecto a la influencia de la parentalidad puesto que este correlaciona positivamente con la autoestima tanto escolar como familiar. Teniendo una alta relación entre la percepción de desaprobación parental y la autoestima negativa. Los niños que se sienten rechazados por sus padres, especialmente por la madre, ven afectada su autovaloración. (Gómez, Muñoz y Haz, 2017). Se puede afirmar que “lo que los padres sientan, piensan y hacen por sus hijos y la forma en la que lo comunican, impacta en la manera en que los hijos se conciben a sí mismos” (Badury y Dantangnan, 2009). Esto es lo comúnmente denominado Efecto Pigmalión, desde el campo de la Psicología, autores como Holloway, Park y Stone (2017) exponen en sus diferentes investigaciones que los padres se relacionan con la escuela en base a sus propias experiencias vitales ya que existe una asociación positiva entre las expectativas y aspiraciones de los padres y sus resultados. Es importante resaltar que es el afecto, la confianza y la promoción de la autonomía, lo que hace que este efecto se convierta en positivo para los jóvenes (Urías, Valdéz y Wendlandt, 2016). Además, diferentes estudios muestran como el nivel de educación de los hijos está relacionado con la educación de los padres o con el capital cultural y social que posea cada familia (Sánchez y Valdés, 2016).

En cuanto al uso de internet, existe un consenso y es que una alta autoestima actúa como factor protector, ya que estos adolescentes pueden socializar sin la necesidad de ocultar su identidad o crear perfiles falsos para suplir sus carencias. Evitando de esta manera caer en el círculo vicioso que proponen algunos autores sobre el mal uso de internet (Amigo, Errasti y Villadangos, 2019).

Por último, en cuanto a las diferencias de género, se percibe una brecha resultado de factores que van desde disposiciones biológicas a la manera en que se socializan los

niños, patrones de conducta deseados o esperados por parte de la sociedad, a esto se le suma el papel que desempeñan instituciones y mercados (Garaigardobil, Dará y Pérez, 2015).

Las implicaciones prácticas que complementarían a la investigación realizada se basarían en hacer hincapié en el establecimiento de espacios de confianza y seguridad en los adolescentes para que las preocupaciones que posea, se traten desde una situación de confort, para ello, ayudaría el fomento de la comunicación entre familiares e iguales, dotando tanto al entorno como a la persona, de las suficientes herramientas con las que hacer frente a las situaciones que acontecen.

Respecto a las limitaciones de la revisión, es importante destacar que se trata de una investigación de tipo exploratorio y las generalizaciones que en ella se realicen, deben estar referidas a la misma en el rango de edad y contexto de donde se ha extraído inicialmente, aunque sin dejar de lado que se trate de una realidad extrapolable. Por otro lado, el rango de edad escogido cuenta con mucha amplitud y la adolescencia es un periodo de constante cambio. Una tercera limitación es que no se han tenido en cuenta factores como la transición de primaria a secundaria o a estudios superiores, esto puede afectar en cuanto al cambio de contexto del centro escolar y se precisaría de la ayuda de profesionales y familiares para que estos cambios no sean determinantes.

Sobre las líneas a futuro, sería importante determinar los condicionantes o las variables que influyen en que las mujeres tengan menores niveles de autoestima y autoconcepto en comparación con los hombres ya que puede estar relacionado con el nivel de autoexigencia, las presiones sociales o los cánones distorsionados existentes en la sociedad. También sería de vital importancia el establecimiento de programas para la orientación de padres y profesores en cuanto a la influencia de sus juicios, en el ámbito académico se deberían incluir en los aspectos curriculares de los docentes o en el departamento de orientación con el fin de contribuir al buen desarrollo personal del alumnado. En el ámbito familiar, dotando a los padres y posibles hermanos de herramientas para una adecuada comunicación afectiva.

Referencias

- Acosta, J., Checa, F., Matheo, M.L. y Parrón, T. (2019). Self-esteem levels vs. global scores on the Rosenberg self-esteem scale. *Heliyon*, 5 (3), e01378. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01378>
- Amigo, I., Errasti, J.F. y Villadangos, M. (2019). Emotional uses of Facebook and Twitter: its relation with empathy, narcissism, and self-esteem in adolescence. *Psychological Reports*, 120 (6), 997 - 1018. <https://doi.org/10.1177/0033294117713496>
- Álvarez, C., Herrera Monge, M., Herrera González, E., Villalobos Viquez, G., & Araya Vargas, G. (2019). Sobrepeso, obesidad, niveles de actividad física y autoestima de la niñez centroamericana: un análisis comparativo entre países (Overweight, obesity, physical activity levels, and self-esteem in Central American children: comparative analysis between cou. *Retos*, 37(37), 238-246. <https://doi.org/10.47197/retos.v37i37.71680>
- Arrufat, M.J., Canals, J. y Domenech, E. (2010). Culture- free self-esteem inventory for adults: Características Psicométricas de una muestra de jóvenes de población española. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2, 112 - 123.

- Bandura, A. (2006). Self-efficacy beliefs of adolescents. *Adolescence and Education*, (pp. 307-335).
- Bodkin-Andrews, G., Ha, M. T., Craven, R. G. y Yeung, A. S. (2010). Factorial invariance testing and latent mean differences for the Self-Description Questionnaire II (Short Version) with indigenous and non-indigenous Australian secondary school students. *International Journal of Testing*, 9, 47-79. <https://doi.org/10.1080/15305050903352065>
- Branden, N. (2004). El poder de la autoestima. *Paidós*.
- Campbell, J.D., Chew, B. y Scratchley, L.S. (1991). Cognitive and emotional reactions to daily events: The effects of self-esteem and self-complexity. *Journal of Personality*, 59, 475-505. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1991.tb00257.x>
- Cascales, J. Á. M., & Prieto, M. J. R. (2018). Incidencia de la práctica de actividad física y deportiva como reguladora de la violencia escolar (Incidence of the practice of physical and sporting activities as a regulator of school violence). *Retos*, 35, 54-60.
- Castejón, J.L., Gilar, R., Miñano, P. y Veas, A. (2016). Difference in learning strategies, goal orientations and self-concept between overachieve normal-achieving, and underachieving secondary students. *Frontiers in psychology*, 7, 1438. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i35.64359>
- Castillo, A., Chinchilla, J.L., Lourenço, F.M. y Onetti, W. (2019). Self-concept and physical activity: differences between high school and university students in Spain and Portugal. *Frontiers in psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01333>
- Castillo, A., Fernández, J.C. y Onetti, W. (2019). Transition to middle school: self-concept changes. *PloS one*, 14 (2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212640>
- Castillo, I., Queralt, A. y Molina, J. (2011). Leisure time physical activity and psychological well-being in university students. *Psychological reports*, 109 (2), 453 - 460. <https://doi.org/10.2466/06.10.13.pr0.109.5.453-460>
- Cava, M. J. (2000). *La potenciación de la autoestima en la escuela*. Paidós.
- Cava, M.J. y Ramírez, L. (2009). Autoestima y alcohol en adolescentes. *Inventio, la génesis de la cultura universitaria en Morelos*, 10, 51 - 56.
- Cepero, M., Estévez, M., Muros, J.J., Torres, B., Pradas, F. y Zurita, F. (2015). Influencia de la composición corporal y la aceptación por las clases de educación física sobre la autoestima de niños de 14-16 años de Alicante, España. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (4), 1519 - 1524. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.4.8285>
- Chatzisarantis, N., González, J.M., Hagger, M., Leitao, J.P., Pereira, P.M y Stevenson, A. (2010). Physical self-concept and social physique anxiety: invariance across culture, gender and age. *Stress and Health*, 26 (4), 304 - 329. <https://doi.org/10.1002/smi.1299>
- Chiu, L.H. (1988). Measures of self-esteem for school-age children. *Journal of Counseling and Development*, 66, 298-301. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1988.tb00874.x>
- Coopersmith, S. (1967). *Parental characteristics related to self-esteem. The antecedents of self-esteem*. W. H. Freeman & Co. <https://doi.org/10.1002/bs.3830150212>
- Contreras, O.R., Cuevas, R., Fernández, J.G. e Infantes, A. (2019). Effect of physical activity on self-concept: Theoretical model on the mediation of body image and physical self-concept in adolescents. *Frontiers in psychology*, 10, 1537. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01537>

- Crocker, J. y Wolfe, C. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108, 593-623. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.108.3.593>
- Di Paula, A. y Campbell, J.D. (2002). Self-esteem and persistence in the face of failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 711-724. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.83.3.711>
- Díaz, A., García, J.M., González, C., Pérez, A.M., Sanmartín, R. y Vicent, M. (2019). Subtyping of adolescents with school refusal behavior: Exploring differences across profiles in self-concept. *International journal of environmental research and public health*, 16 (23), 4780. [10.3390/ijerph16234780](https://doi.org/10.3390/ijerph16234780)
- Dobson, C., Goudy, W. J., Keith, P. M. y Powers, E. (1979). Further analysis of Rosenberg's Self-Esteem Scale. *Psychological Reports*, 44, 639-641. <http://dx.doi.org/10.1027/2151-2604/a000317>
- Dodgson, P. y Wood, J.V (1998). Self-esteem and the cognitive accessibility of strengths and weaknesses after failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 178-197. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.1.178>
- Dumont, M. y Provost, M. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 343-363. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/A:1021637011732>
- Eccles, J.S., Wigfield, A. y Schiefele, U. (1998). *Motivation to succeed. Handbook of child psychology* (pp. 1017– 1095). Wiley.
- Epstein, S. (1974). The self-concept revisited: Or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28, 404-416. <https://doi.org/10.1037/h0034679>
- Fernández, A., Grao, A., Nuviala, A. y Pérez, J.A. (2014). Association of physical self-concept with physical activity, life satisfaction and Mediterranean diet in adolescents. *Kinesiology*, 46 (1), 3 - 11. <http://hdl.handle.net/10045/40642>
- Filippou, F., Rokka, S., Pitsi, A., Gargalianos, D., Bebetos, E., & Filippou, D. A. (2018). Interdisciplinary Greek traditional dance course: Impact on student satisfaction and anxiety. *International Journal of Instruction*, 11(3), 363–374. <http://dx.doi.org/10.12973/iji.2018.11325a>
- Fernández, S. y Moral, M. (2019). Uso problemático de internet en adolescentes españoles y su relación con autoestima e impulsividad. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37 (1), 103 - 119. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5029>
- Ferradás, M.M., Freire, C., Núñez, J.C. y Regueiro, B. (2019). Associations between profiles of self-esteem and achievement goals and the protection of self-worth in university students. *International journal of environmental research and public health*, 16 (12), 2218. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph16122218>
- Fox, K.R. (1988). The self-esteem complex and youth fitness. *Quest*, 40, 230-246.
- Fox, K.R., y Corbin, C. B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: development and preliminary validation. *Journal of Sports & Exercise Psychology*, 11, 408-430. <http://dx.doi.org/10.1123/jsep.11.4.408>
- Francis, L.J. y Wilcox, C. (1995). Self-esteem: Coopersmith and Rosenberg compared. *Psychological Reports*, 76, 1050. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2466/pr0.1995.76.3.1050>
- Galiana, L., Hontangas, P., Oliver, A., Sancho, P. y Tomas, J. (2015). Measuring self-esteem in Spanish adolescents: Equivalence across gender and educational levels. *Avaliacao Psicológica*, 14 (3), 385 - 393.
- Garaigordobil, M., Pérez, J.I. y Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20, 114-123.

- García, F., García, O., Serra, E. y Zacarés, J.J. (2018). Parenting styles and short-and long-term socialization outcomes: A study among Spanish adolescents and older adults. *Psychosocial Intervention*, 27 (3), 153 - 161. <https://doi.org/10.5093/pi2018a21>
- García, J., Fernández, M., Inglés, C., Torregrosa, M., Ruiz, C., Díaz, A., Pérez, E. y Martínez, M. (2010). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas en una muestra de estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. *European Journal of Education and Psychology*, 1, 61-74.
- García, J.F., & Musitu, G. (2014). AF5: Autoconcepto forma 5. Madrid, España: TEA.
- García, J.F. Y Martínez, I. (2017). Impact of parenting styles on adolescents' self-esteem and internalization of values in Spain. *The Spanish journal of psychology*, 10 (2), 338 - 348. <https://doi.org/10.5093/in2011v20n2a8>
- García, J.M., Inglés, C.J. y Torregrosa, M.S. (2011). Aggressive behavior as a predictor of self-concept: A study with a sample of Spanish compulsory secondary education students. *Psychosocial Intervention*, 20 (2), 201 - 212. <https://doi.org/10.5093/in2011v20n2a8>
- García, J.M., Inglés, C.J., Martínez, A.E., Ruiz, C. y Torregrosa, M.S. (2012). Prosocial behavior and self-concept of Spanish students of compulsory secondary education. *Revista de Psicodidáctica*, 17 (1), 135 - 156.
- García, O., Serra, E. y Riquelme, M. (2018). Psychosocial maladjustment in adolescence: parental socialization, self-esteem, and substance use. *Anales de Psicología*, 34 (3), 536. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.315201>
- Gargallo, L., Garfella, E., Sánchez, P.J., Ros, R. y Serra, C. (2009). La influencia del autoconcepto en el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 20, 16-28. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.20.num.1.2009.11436>
- Gázquez, J.J., Pérez, M., Ruiz, M., Miras, F. y Vicente, F. (2006). Estrategias de aprendizaje en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria y su relación con la autoestima. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 51-62.
- Godoy, A., Rodríguez-Naranjo, C., Esteve, R. y Silva, F. (1989). Escalas de lugar de control en situaciones académicas y en situaciones interpersonales (ELC-I) para niños y adolescentes. *Evaluación Psicológica*, 5, 273-322.
- Gómez, D., Mendoza, R. y Piano, S. (2016). Emotional basis of gender difference in adolescent self-esteem. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa Psicologia*, 30 (2). <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v30i2.1105>
- Gómez, O., Ortega, R. y Romera, E.M. (2016). The mediating role of psychological adjustment between peer victimization and social adjustment in adolescence. *Frontiers in psychology*, 7, 1749. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01749>
- González, M. T. (1999). Algo sobre la autoestima: Qué es y cómo se expresa. *Aula*, 11, 217-232. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1322>
- González, J., & Núñez, C. (1997). Autoconcepto, Autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9(2), 271-289.
- Goñi, E., y Fernández, A. (2007). Los dominios social y personal del autoconcepto. *Revista de Psicodidáctica*, 12(2), 179-194.
- Guerra, J., León, B., López, V.M., Mendo, S. y Yuste, R. (2019). Emotional intelligence and psychological well-being in adolescents. *International journal of*

- environmental research and public health*, 16 (10), 1720. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101720>
- Hagborg, W.J. (1996). Scores of middle-school-age students on the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychological Reports*, 78, 1071-1074. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1996.78.3c.1071>
- Hendry, L., Povedano, A., Ramos, M.J. y Varela, R. (2011). Victimización escolar: clima familiar, autoestima y satisfacción con la vida desde una perspectiva de género. *Psychosocial Intervention*, 20 (1), 5 - 12. <https://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a1>
- Hewitt, J. P. (2002). The social construction of self-esteem. Handbook of positive psychology (pp. 135-147). New York: *Oxford University Press*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0020>
- Huebner, E.S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 3-33. <https://doi.org/10.1023/B:SOCI.0000007497.57754.e3>
- Huebner, E.S., Drane J.W., y Valois R.F. (2000). Levels and demographic correlates of adolescent life satisfaction reports. *School Psychology International*, 21, 281-292. <https://doi.org/10.1177%2F0143034300213005>
- Jaire, L., Salavera, C., Urcola, F. y Usán, P. (2017). Translation and validation the mind-wondering test for Spanish adolescents. *Psicología: Reflexao e Crítica*, 30 (1), 1 - 8.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. Henry Holt and Co. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs41155-017-0066-8>
- Jiménez, T., Estévez, E., Murgui, S. y Musitu, G. (2010). Comunicación familiar y comportamientos delictivos en adolescentes españoles: El doble rol mediador de la autoestima. *Elsevier*, 39 (3), 473 - 485. <https://doi.org/10.5093/in2013a7>
- Jiménez, T.I. (2011). Autoestima de riesgo y protección: una mediación entre el clima familiar y el consumo de sustancias en adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 20 (1), 53 - 61. <https://doi.org/10.5093/in2011v20n1a5>
- Jussim, L., Yen, H. y Aiello, J. (1995). Self-consistency, self-enhancement, and accuracy in reactions to feedback. *Journal of Experimental Social Psychology*, 31, 322-356. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.73.6.1268>
- Kernis, M., Brockner, J. y Frankel, B. (1989). Self-esteem and reactions to failure: The mediating role of overgeneralization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 707-714. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.57.4.707>
- Keyes, C. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>
- Knox, E. y Muros, J.J. (2017). Association of lifestyle behaviours with self-esteem through health-related quality of life in Spanish adolescents. *European journal of pediatrics*, 176 (5), 621 - 628. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2886-z>
- Lerner, R.M., Lerner, J.V., Hess, L.E., Schwab, J., Jovanovic, J., Talwar, R. y Kucher, J.S (1991). Physical attractiveness and psychosocial functioning among early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 11, 300-320. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/02724316911113001>
- Malo, S., Martín, M.M. y Viñas, F. (2019). Personality And social context factors associated to self-reported excessive use of information and communication technology (ICT) on a Sample on Spanish adolescents. *Frontiers in psychology*, 10, 436. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00436>

- Marsh, H.W. (1990). The structure of academic self-concept: The Marsh/Shavelson Model. *Journal of Educational Psychology*, 82, 623-636. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0663.82.4.623>
- Marsh, H.W. y Craven, R. (2006). Reciprocal effects of self-concept and performance from a multidimensional perspective: Beyond seductive pleasure and unidimensional perspectives. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 133-163. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00010.x>
- Martínez, C., y Álvarez, J. (2014). *El autoconcepto en personas con déficits sensoriales*. Universidad de Almería. <http://hdl.handle.net/10835/3613>
- McCarthy, J.D. y Hoge, D.R. (1982). Analysis of age effects in longitudinal studies of adolescent self-esteem. *Developmental Psychology*, 18, 372-379. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.18.3.372>
- Molina, C.J. y Meléndez, J.C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriátrika*, 22, 97-105.
- Monks, P., Ortega, R. y Rodríguez, A.J. (2015). Peer-victimization un multi-cultural contexts: A structural model of the effects on self-esteem and emotions. *Psicología Educativa*, 21 (1), 3 - 9. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2015.02.002>
- Muñoz, N., Ortega, J. y Sánchez, V. (2018). Efficacy evaluation on “Dat-e Adolescents”: A dating violence prevention program in Spain. *PloS One*, 13 (10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205802>
- Neyer, F. y Asendorpf, J. (2001). Personality-relationship transaction in young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 1190-1204. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.81.6.1190>
- Núñez, J., González, J., García, M., González, S., Rocas, C., Álvarez, L. y González, M. (1998). Estrategias de aprendizaje, autoconcepto y rendimiento académico. *Psicothema*, 10, 97-109.
- Oliva, A., Parra, A. y Sánchez, I. (2017). Stability, change and determinants of self-esteem during adolescence and emerging adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 34 (8), 1277 - 1294. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0265407516674831>
- Ortega, P., Mínguez, R., y Rodes, M. (2009). Autoestima: un nuevo concepto y su medida. *Teoría De La Educación. Revista Interuniversitaria*, 12. <https://doi.org/10.14201/2868>
- Ortiz, N., y Veintimilla, L. (2014). Evaluación de la autoestima como generadora de entornos positivos en mujeres con discapacidad visual. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/7551>
- Park, L., y Maner, J. (2009). Does self-threat promote social connection? The role of self-esteem and contingencies of self-worth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 203-217. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0013933>
- Parra, A., Oliva, A., y Sánchez-Queija, I. (2004). Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes. *Anuario de Psicología*, 35, 331- 346. <https://doi.org/10.1344/%25x>
- Pepe, C., Moreno-Jiménez, M., y Massola, G. (2021). Bienestar social, Autoestima y Reconocimiento: Estudio Empírico sobre Crimen y Exclusión Basado en la Categoría de Menosprecio de Axel Honneth. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), 11-26. <http://dx.doi.org/10.15446/rcp.v30n1.80978>
- Reid, A. (2004). Gender and sources of subjective well-being. *Sex Roles*, 51, 617-629.
- Robins, R., Hendin, H. y Trzesniewski, K. (2001). Measuring global self-esteem:

- Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 151-161.
- Rokka, S., Kouli, O., Bebetos, E., Goulimaris, D., & Mavridis, G. (2019). Effect of dance aerobic programs on intrinsic motivation and perceived task climate in secondary school students. *International Journal of Instruction*, 12(1), 641–654. <https://doi.org/10.29333/iji.2019.12141a>
- Rosenberg, M. (1957). Occupations and values. Illinois: *The Free Press*. <https://doi.org/10.1177%2F074171365800900126>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1986). Self concept from middle childhood through adolescence. Greenwald. *Psychological Perspectives on the self*. (Vol. 3). (pp. 107-136).
- Rosenberg, M., & Thielens, W. (1952). The panel study. In M. Jahoda, M. Deutsch & S. W. Cook. (Eds.). *Research methods in social relations*. (Vol. II). (pp. 588-609).
- Rosenberg, M., & Simmonds, R.G. (1972). Black and white self-esteem. *Washington, D.C: American Sociological Association*.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Savin-Williams, R. C., y Demo, D. H. (1984). Development change and stability in adolescent self-concept. *Development Psychology*, 20, 1100-1110. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.20.6.1100>
- Shavelson, R., Hubner, J., y Stanton, J. (1976). Self Concept: Valitation of Construt Interpretation. *Review of Educational Research*. <http://dx.doi.org/10.3102/00346543046003407>
- Shun, G. y Conde, A. (2009). Género y discapacidad como moduladores de la identidad. *Feminismos*, 1, 119-132. <http://dx.doi.org/10.14198/fem.2009.13.08>
- Sommer, K., y Baumeister, R. (2002). Self-evaluation, persistence, and performance following implicit rejection: The role of trait self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 926-938. <https://doi.org/10.1177%2F014616720202800706>
- Taberno, C., Serrano, A., & Mérida, R. (2017). Estudio comparativo de la autoestima en escolares de dife- rente nivel socioeconómico Carmen. *Psicología Edu- cativa*, 23, 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.02.001>
- Tashakkori, A., Thompson, V.D., Wade, J. y Valente, E. (1990). Structure and stability of self-esteem in late teens. *Personality and Individual Differences*, 11, 885-893. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(90\)90268-V](https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90268-V)
- Torregrosa-Ruiz, M., Molpeceres, M. A., y Tomás, J. M. (2017). Relaciones entre sexismo e ideología de género con autoconcepto y autoestima en personas con lesión medular. *Anales de Psicología*, 33(2), 225-234. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.232371>
- Urda, T.C., y Midgley, C. (2003). Changes in the perceived classroom goal structure and pattern of adaptive learning during early adolescence. *Contemporary Educational Psychology*, 28, 524 - 551.
- Valentine, J.C., DuBois, D.L., y Cooper, H. (2004). The relations between self-beliefs and academic achievement: A systematic review. *Educational Psychologist*, 39(2), 111- 133. https://doi.org/10.1207/s15326985ep3902_3

- Wylie, R.C. (1974). *The self-concept: A review of methodological considerations and measuring instruments* (Revised Ed., Vol. 1). University of Nebraska.
- Zimmerman, M.A., Copeland, L., Shope, J. y Dielman, T. (1997). A longitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 117-141. <https://doi.org/10.1023/A:1024596313925>

Fecha de recepción: 16/06/2021

Fecha de revisión: 11/10/2021

Fecha de aceptación: 16/11/2021

Cómo citar este artículo:

García, A.C. y Camus, A. (2021). Eficacia de un programa de intervención basado en la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *MLS Psychology Research* 4 (2), 71-92.
doi:10.33000/mlspr.v4i2.704.

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN LA TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Andrea del Carmen García Saiz

Universidad Europea del Atlántico (España)

andrea.garcia2@alumnos.uneatlantico.es · <https://orcid.org/0000-0002-7099-785X>

Adrián Camus Bueno

Psicólogo

adrian.camusbueno@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0002-7613-5126>

Resumen. El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se considera un grave problema de salud mental, siendo una de las intervenciones para su tratamiento más eficaces la Terapia Dialéctico Conductual (DBT). El objetivo de este estudio es comprobar la eficacia de un programa de gestión emocional basado en la DBT para pacientes que tienen un diagnóstico de TLP, compuesto por cuatro bloques: mindfulness, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia al estrés. Se reclutó a 4 residentes del Centro Hospitalario Padre Menni de Santander, y se aplicó una evaluación pretratamiento y postratamiento, en formato individual, para medir las variables: ansiedad, depresión, funcionamiento global, regulación emocional, ideación suicida e impulsividad. Una vez realizada la valoración, se procedió con la intervención, compuesta por 14 sesiones con una frecuencia de 2 veces por semana, y duración de 45 minutos. Tras la aplicación se llevó a cabo el análisis de los resultados a través del estadístico ANOVA de medidas repetidas, aportando cambios estadísticamente significativos en la variable “regulación emocional” en la subescala supresión expresiva. Sin embargo, en base a los resultados obtenidos en la evaluación pre y postratamiento, si se ha producido un cambio clínicamente significativo, cumpliendo así de manera parcial los objetivos específicos. No obstante, se discutieron los resultados de la investigación planteando líneas a futuro en base a las limitaciones e implicaciones prácticas, contando con una muestra más significativa y adaptando el formato de la intervención.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctico-conductual, programa de gestión emocional, supresión expresiva.

EFFICACY OF AN INTERVENTION PROGRAMME BASED ON DIALECTICAL-BEHAVIOURAL THERAPY IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Abstract. Borderline Personality Disorder (BPD) is considered a serious mental health problem, and one of the most effective interventions for its treatment is Dialectical Behavior Therapy (DBT). The aim of this study is to test the efficacy of an emotional management program based on DBT for patients with a diagnosis of BPD, composed of four blocks: mindfulness, interpersonal effectiveness, emotional regulation and stress tolerance. Four residents of the Padre Menni Hospital Center in Santander were recruited, and a pre-treatment and post-treatment assessment was applied, in individual format, to measure the variables: anxiety, depression, global functioning, emotional regulation, suicidal ideation and impulsivity. Once the assessment was completed, we proceeded with the intervention, consisting of 14 sessions with a frequency of twice a week, and a duration of 45 minutes. After the application, the analysis of the results was carried out through repeated measures ANOVA, providing statistically significant changes in the variable "emotional regulation" in the expressive suppression subscale. However, based on the results obtained in the pre- and post-treatment evaluation, there was a clinically significant change, thus partially fulfilling the specific objectives. Nevertheless, the results of the research were discussed, proposing future lines based on the limitations and practical implications, counting on a more significant sample and adapting the format of the intervention.

Keywords: borderline personality disorder, dialectical-behavioural therapy, emotional management program, expressive suppression.

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental grave, común en la práctica clínica, y caracterizado por altos índices de suicidio, tasas elevadas de comorbilidad, deterioro funcional, un uso intensivo del tratamiento y altos costos para la sociedad (Bender et al., 2001; Leichsenring, Leibing, Kruse, New & Leweke, 2011; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004; Oldham, 2006; Skodol et al., 2002; Skodol et al., 2005). De acuerdo con la clasificación del DSM-5, el trastorno se caracteriza por un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, además de una fuerte impulsividad (American Psychiatric Association, 2014). El TLP es una patología que presenta la reputación de ser intratable, y en consecuencia las personas que lo padecen se tienen que enfrentar a un grave estigma, tanto en su entorno social como en los propios profesionales que les atienden (Black et al., 2011; Gunderson, Herpertz, Skodol, Torgersen & Zanarini, 2018).

Las primeras manifestaciones del TLP se dan en torno a la pubertad y el inicio de la edad adulta, aunque la edad de diagnóstico suele estar comprendida entre los 19 y los 24 años de edad (Domènech, 2019). En consecuencia, el tratamiento se comienza a ofrecer cuando la persona se encuentra ya en una fase tardía del trastorno, observándose un deterioro funcional y complicaciones importantes a nivel iatrogénico, las cuales reducen la efectividad y eficacia de la intervención (Bateman, Gunderson & Mulder, 2015; Gunderson et al., 2011).

Aproximadamente, entre un 2% y un 6% de la población general sufre este trastorno, siendo más común que la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el autismo (Grant et al., 2008). En los pacientes ambulatorios, se estima que entre el 15% y el 20% son

diagnosticados de TLP (Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005), mientras que, en los pacientes hospitalizados, la tasa puede llegar hasta el 25% (Zanarini et al., 2004). Según la Guía de práctica clínica sobre el Trastorno Límite de la Personalidad, el TLP es un trastorno más frecuente en mujeres, con un ratio de 3 mujeres diagnosticadas por cada hombre (Álvarez et al., 2011; Domènech, 2019). Otra de las características del TLP son sus altas tasas de intentos de suicidio, encontrando que entre el 60 y el 85% de los pacientes han intentado acabar con su vida en al menos una ocasión (Levy, McMain, Bateman & Clouthier, 2018; Pompili, Girardi, Ruberto & Tatarelli, 2005; Pos & Greenberg, 2007). Desgraciadamente, entre el 5% y el 10% de ellos, terminan poniendo fin a su vida (Goodman, Roiff, Oakes & Paris, 2011).

El TLP es un trastorno que presenta altas tasas de comorbilidad, destacando la depresión (al menos un 96% de los pacientes con TLP ha sufrido un episodio depresivo una vez en su vida), ansiedad (88%), TEPT (25-56%), consumo de sustancias (23-84%) y TCA (14-53%) (Biskin & Paris, 2013; Golier et al., 2003; Grant et al., 2008; Hurt & Brown, 1984; McGlashan et al., 2000; Mueser et al., 1998; Oldham et al., 1995; Pope, Jonas, Hudson, Cohen & Gunderson, 1983; Shah & Zanarini, 2018; Yen et al., 2002; Zanarini et al., 1998; Zanarini, Gunderson & Frankenburg, 1989; Zimmerman & Mattia, 1999). Las altas tasas de comorbilidad son un factor a tener en cuenta, ya que la sintomatología de los trastornos comórbidos puede eclipsar el TLP y, por lo tanto, dificultar o retrasar su diagnóstico.

La etiología del TLP es multifactorial, respondiendo a la interacción entre factores genéticos y ambientales. A nivel psicológico, algunos de los factores de riesgo que pueden desencadenar el desarrollo de este trastorno son el trauma infantil, el abuso sexual o emocional en la infancia, un entorno familiar invalidante, crianza desfavorable, relaciones objetales, apegos inseguros o sentimiento de abandono y la capacidad de simbolización-reflexión (Keinänen, Johnson, Richards & Courtney, 2012). Además, algunos rasgos de personalidad extremos que predisponen a padecer TLP serían neuroticismo, impulsividad, necesidades de estimulación y dependencia (Zanarini et al., 2020). Desde el punto de vista biológico, determinados estudios realizados con hermanos y familiares en relación al TLP, han demostrado que puede existir un importante componente genético en esta enfermedad, hallándose que el 11,5% de las personas con TLP presentan predisposición genética (Calati, Gressier, Balestri & Serretti, 2013). Y finalmente, a nivel social, se destacan factores de riesgo como la predominancia en cuanto al género de la persona, la clase social, raza, lenguaje, tecnología, cultura, economía política y estructuras y normas institucionales y profesionales (Brown, 1995). Sin embargo, también existen factores protectores en la infancia, como el número de relaciones emocionalmente sostenibles y la competencia en la infancia (Borkum et al., 2017).

Chanen (2015) propone algunas de las terapias que han sido eficaces en la intervención con TLP, destacando la Terapia Analítica Cognitiva (TAC) que se basa en la clásica terapia cognitivo-conductual (Chanen et al., 2009); la Capacitación en Regulación de las Emociones (ERT) o STEPPS, que es un programa de adquisición de habilidades (Blum et al., 2008); la Terapia Cognitiva de Beck (CBT), que es la clásica terapia basada en la identificación de creencias cognitivas y posterior modificación (DeRubeis, Keefe & Beck, 2019); la Terapia Centrada en el Esquema de Young (SFT), basada en la identificación y modificación de esquemas desadaptativos; la Terapia Basada en la Mentalización (MBT), de orientación psicodinámica y basada en la teoría del apego (Rossouw & Fonagy, 2012), y la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), que es una

intervención que combina la terapia individual con la adquisición de habilidades (Mehlum et al., 2014).

Además de estas terapias encontramos el entrenamiento de sistemas para la predicción emocional y la resolución de problemas (Blum, Pfohl, John, Monahan & Black, 2002), la terapia de grupo de regulación de las emociones (Gratz & Tull, 2011; Gregory et al., 2008; Gross et al., 2002), la relación terapéutica orientada al motivo (Kramer, Guillory & Hancock, 2014), la psicoterapia centrada en la transferencia (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006; Comtois, Elwood, Holdcraft, Smith & Simpson, 2007; Comtois et al., 2003) y la psicoterapia dinámica deconstructiva (Gregory & Remen, 2008).

La terapia dialéctico conductual (DBT), nace de la teoría de la desregulación emocional, postulada en 1993 por la autora Marsha Linehan, que defiende que en las personas con TLP se da una disminución de la capacidad para regular las emociones, concretamente las emociones más intensas y que se prolongan en el tiempo. Durante la infancia, si estas emociones no son validadas adecuadamente, desencadenarán en la adultez las conductas propias de la personalidad límite (Gunderson, Fruzzetti, Untuh & Choi-Kain, 2018; Linehan, 1993a). La DVT surge como respuesta a un colectivo que no se estaba beneficiando de la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT) tradicional: mujeres con elevada ideación suicida. La autora integra el concepto de dialéctica, recuperándolo de la filosofía griega, y la estrategia de validación, con el objetivo de mejorar la eficacia de la terapia (Choi-Kain, Albert & Gunderson, 2016; Linehan, 1993a). Dentro de los primeros ensayos clínicos realizados para el tratamiento de acciones autolesivas, se vio que también los pacientes cumplían criterios de trastorno límite de la personalidad (TLP) (Leichsenring, Leibing, Kruse, New & Leweke, 2011).

El objetivo de la DBT es abordar la sintomatología del TLP, reemplazando las conductas de inadaptación e integrando otras conductas más eficaces que puedan ser utilizadas en su lugar (Choi-Kain, Albert & Gunderson, 2016; May, Richardi & Barth, 2016). Para ello, la terapia se dividió en dos grupos, una centrada fundamentalmente en el entrenamiento de habilidades (adquisición y consolidación) y la otra en la solución de problemas actuales y cuestiones de motivación. Las habilidades que se van a entrenar en cada módulo están transcritas en papel y se proporcionan en las sesiones. De forma tradicional, la DBT consta de cuatro partes: grupo de entrenamiento de habilidades, terapia individual, consulta telefónica y equipo de consulta de terapeutas. El grupo de entrenamiento en habilidades está dirigido a dotar de herramientas a los pacientes, para que puedan ser más eficaces en determinados comportamientos que son comunes a los pacientes con TLP, como la inestabilidad del yo, las relaciones caóticas, el miedo al abandono, la labilidad emocional y la impulsividad. Estas habilidades se aprenden a través de cuatro módulos: la atención plena, la eficacia interpersonal, la regulación emocional y la tolerancia al estrés. A su vez, estos cuatro bloques se clasifican en aptitudes: las aptitudes para el cambio, que engloban el bloque de eficacia interpersonal y de regulación emocional, y las aptitudes para la aceptación, que son la atención plena o mindfulness y la tolerancia al estrés (Linehan, 1993a; Linehan, 1993b; Linehan & Wilks, 2015; May, Richardi & Barth, 2016). El mindfulness es una de las habilidades centrales a trabajar en el transcurso de la terapia, concibiéndose el mismo como “atención plena”, y requiriendo una concentración en el aquí y el ahora, una conciencia centrada en el momento presente combinándolo con actitudes de aceptación y apertura (Kabat-Zinn, 2009; Linehan, 2014). La persona receptora de la terapia, se entrenará en habilidades centradas en entrenar a los pacientes en aquello que deben realizar en el momento que

practican mindfulness: observar, describir y actuar (habilidades “qué”) y las entendidas como la actitud que se debe tener al realizar esta práctica: de no juzgar, focalizando su atención y concentración en un momento determinado y ser eficaz (habilidades “cómo”). El objetivo es que la persona sea más eficaz en el manejo de las emociones menos deseables y dolorosas sin tratar de cambiarlas ni evitarlas (Elices et al., 2016; Linehan et al., 2015). En cuanto al bloque de eficacia interpersonal, se tratará de proporcionar a los pacientes las habilidades necesarias para relacionarse a través de tres apartados: alcanzar objetivos de asertividad y establecimiento de límites, crear y mantener relaciones, y respetarse a uno mismo, siendo justo y fieles con sus creencias y valores. Con todas estas herramientas, se trata de enseñar a las personas a tener en cuenta la complejidad de las relaciones y a cultivar el proceso de aceptación, flexibilidad y cambio, a la par que obtienen mejoras en la colaboración y comunicación con el resto de sujetos (Lenz, Del Conte, Hollenbaugh & Callendar, 2016; Rathus & Miller, 2015). Por otro lado, el objetivo del módulo de tolerancia al estrés es proporcionar aprendizaje a los pacientes a la hora de tolerar las emociones menos deseables y que se manifiestan de forma desregulada. Este módulo también se divide en dos partes, estando la primera enfocada al aprendizaje de habilidades para aquellas crisis que son a corto plazo, ayudándose de actividades de distracción o que proporcionen seguridad a la persona y le permitan autocalmarse. El segundo apartado está más orientado a brindar a los pacientes de herramientas a nivel conceptual que se centran en ideas de voluntad y aceptación radical para situaciones más duraderas en el tiempo como puede ser un duelo (Lenz, Del Conte, Hollenbaugh & Callendar, 2016; Linehan et al., 2015). Finalmente, en cuanto al bloque de regulación emocional, se enseña un conjunto de estrategias de comportamiento y cognitivas que ayudan a la reducción de emociones no deseadas y aumentar aquellas que sí sean demandadas. Se hace hincapié en la importancia que tiene el valor adaptativo de las emociones a la hora de comprenderlas, a través de habilidades de identificación y descripción de emociones, cambio de respuestas emocionales, disminución de la vulnerabilidad de emociones negativas y manejo de emociones más complicadas (Ekman & Davidson, 1994; Tooby & Cosmides, 1990).

En segundo lugar, la terapia individual se enfoca principalmente en seis áreas: las conductas parasuicidas, las conductas que interfieren con la terapia, las conductas que interfieren con la calidad de vida, la adquisición de habilidades conductuales, las conductas de estrés postraumático y las conductas de autoestima. El objetivo de esta parte de la terapia, es mejorar y complementar lo que se avanza en las sesiones de grupo (May, Richardi & Barth, 2016; Shearin & Linehan, 1993). Por otro lado, la consulta telefónica permite al paciente contactar con el terapeuta para que se le proporcione orientación en el momento. Las llamadas están orientadas a que el paciente pueda pedir ayuda de forma efectiva y aplicar las habilidades aprendidas durante las sesiones, especialmente en momentos de crisis. Por último, el equipo de consulta de terapeutas se trata de una reunión semanal en la que todos los terapeutas que estén proporcionando DBT se agrupan. Las sesiones con pacientes que tienen ideación altamente suicida pueden ser estresantes para los terapeutas, por lo que es esencial mantener la motivación y el compromiso para optimizar las sesiones de terapia (Linehan, 1993a; May, Richardi & Barth, 2016).

La DBT se considera uno de los tratamientos de primera elección para pacientes con alto riesgo suicida y acumula evidencia científica acerca de su eficacia para el tratamiento del TLP, según las últimas revisiones (Choi-Kain, Albert & Gunderson, 2016; Linehan et al., 2015; May, Richardi & Barth, 2016; Rios, 2020; Storebø et al., 2020). El trastorno límite de la personalidad es una condición grave e incapacitante, que presenta una alta prevalencia sobre todo a nivel hospitalario. Recientemente están surgiendo

nuevos enfoques de tratamiento para este trastorno, que abren un campo de estudio en relación a la eficacia de los mismos. La DBT es respaldada por la comunidad científica; de hecho, algunos autores afirman que es el único tratamiento psicológico que hasta la fecha ha resultado ser eficaz en el manejo de la sintomatología de las personas con TLP. En base a esta evidencia se propone el objetivo principal de este estudio, que es comprobar la eficacia de un programa de gestión emocional basado en la DBT en pacientes hospitalizados con TLP. Además, se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Dotar a los sujetos de las herramientas adecuadas y las estrategias concretas destinadas a manejar los síntomas que derivan de su diagnóstico.
- Aprender a manejar los propios comportamientos, emociones y pensamientos que se relacionan con las dificultades en el día a día y llegan a producir malestar.
- Poner en práctica el aprendizaje de conductas adaptativas y funcionales.

Se trabajó desde la hipótesis de que el programa de gestión emocional, basado en la DBT, es eficaz en relación a las variables evaluadas. Es decir, que la aplicación del programa diseñado tiene un efecto positivo en los sujetos del estudio, en relación a la mejora de las variables evaluadas, que componen la sintomatología del TLP. Como demuestra la bibliografía reciente, se trata de una intervención diseñada específicamente para tratar el cuadro límite, y la efectividad de ese tratamiento ha sido corroborada, por lo tanto, este estudio versa sobre la comprobación de dicha efectividad.

Método

Diseño

El diseño de la investigación es un caso único con datos agregados puesto que se caracteriza por un registro continuado a lo largo del tiempo (sesiones) de la conducta de forma individual de cada sujeto, antes, durante y posteriormente a la retirada de la intervención, tratando de estimar el tamaño del efecto del tratamiento. Para este proceso se hace una pre-evaluación, acto seguido se procede a la aplicación del programa de intervención, para finalmente llevar a cabo la post-evaluación; con todo esto se trata de ver la utilidad que puede tener el tratamiento aplicado y los cambios que experimenta el paciente en relación a su conducta. Por otro lado, la metodología para este proyecto es cuantitativa, así como para el análisis de datos, el estadístico que se emplea es ANOVA de medidas repetidas.

Participantes

En este proyecto, se plantea que la muestra sea de 4 pacientes, un hombre y tres mujeres que residen en el Centro Hospitalario Padre Menni (Santander, Cantabria). El método de reclutamiento fue discrecional, es decir, no se utilizaron herramientas probabilísticas. El único criterio de inclusión para la selección de los participantes fue que tuvieran un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP).

Instrumentos

Las variables a tener en cuenta en este proyecto de investigación están divididas en tres grupos:

- Variables dependientes: Ansiedad, depresión, ideación suicida, regulación emocional, funcionamiento global e impulsividad.
- Variable independiente: intervención.
- Covariable: edad.

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ).

El instrumento evalúa, a través de 10 ítems, dos tipos de estrategias para la variable de regulación emocional: la reevaluación cognitiva (6 ítems) y la supresión expresiva (4 ítems). Para responder a los ítems se utiliza una escala de tipo Likert, cuyas opciones de respuesta abarcan desde 1 (totalmente desacuerdo) hasta 7 (muy de acuerdo), siendo un ejemplo de ítem “Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio el tema sobre el que estoy pensando”. Las preguntas en esta escala se encuentran relacionadas con la vida emocional (cómo se controlan y regulan las emociones), teniendo en cuenta dos aspectos principales, siendo uno la experiencia emocional y el otro la expresión emocional. (Balzarotti et al., 2010; Butler et al., 2007; Gillanders, Wild, Deighan & Gillanders, 2008; Gross & John, 2003; Ioannidis & Siegling, 2015; Verzeletti, Zammuner, Galli, Agnoli & Duregger, 2016; Westerlund & Santtila, 2018; Westerlund, Santtila & Antfolk, 2020). El alfa de Cronbach para la subescala de supresión, fue de 0.75, mientras que la reevaluación obtuvo un índice de 0,79 (Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal & Gross, 2013; González, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda & Extremera, 2006).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA).

Este test presenta el objetivo de medir la variable “depresión” en los sujetos (Sanz, 2013; Vázquez & Sanz, 1997), por lo cual, está constituido por 21 ítems ordenados de menor a mayor gravedad, explicando en cada uno una determinada manifestación depresiva que es evaluada por el propio sujeto, seleccionando la frase que mejor se ajuste a la situación que presenta actualmente (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Conde, Esteban & Useros, 1976; Conde & Franch, 1984). Se presentan 4 alternativas de respuesta según la severidad, siendo la puntuación igual en todos los ítems, de 0 a 3, por ejemplo: 0- “No me siento como un fracasado”, 1- “He tenido más fracasos que la mayoría de la gente”, 2- “Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro”, 3- “Soy un fracaso total como persona”. Las puntuaciones de corte que marcan la gravedad de la depresión son 0-9 para depresión mínima, 10-16 para depresión leve, 17-29 para depresión moderada, y 30-63 para depresión grave (Beck & Steer, 1993; Beck, Steer & Carbin, 1988; Sanz, 2013). En cuanto a la consistencia interna del instrumento, presenta un alfa de Cronbach de 0.83, destacando un alto índice de fiabilidad de la escala (Sanz & Vázquez, 1998; Vázquez, Avia, Alonso & Fernández, 1989; Vázquez & Sanz, 1997).

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS).

Cuestionario diseñado con el objetivo de evaluar la tendencia a la impulsividad (medir la impulsividad en los sujetos) (Oquendo, Beca-García, Graver, Morales & Montalvan, 2001). El instrumento está compuesto por 30 ítems divididos en 3 subescalas: impulsividad cognitiva (8 ítems), impulsividad motora (10 ítems) e impulsividad no planeada (12 ítems). Todos los ítems presentan cuatro opciones de respuesta, en una escala de tipo Likert que van de 0 (raramente o nunca) hasta 4 (siempre o casi siempre). Algunos ejemplos de los ítems son: “Digo las cosas sin pensarlas”, “Hago las cosas en el

momento que se me ocurren”, o “Compro cosas impulsivamente” (Guerrero Gallarday & Olano Yalta, 2017; Salvo & Castro, 2013). Sin embargo se utiliza la mediana de la distribución en pacientes psiquiátricos, del estudio de validación española de la escala. Para la impulsividad cognitiva y la motora, la mediana es 9,5, para la impulsividad no planeada es de 14, y para la escala en su totalidad es de 32,5 (Oquendo et al., 2001). En relación a su interpretación, no existe un punto de corte propuesto, En base a la consistencia interna obtuvieron valores 0.87 en el alfa de Cronbach, lo que fue un indicador claro de la alta fiabilidad que posee el test (Martínez-Loredo, Fernández-Hermida, Fernández-Artamendi, Carballo & García-Rodríguez, 2015; Salvo & Castro, 2013; Stanford et al., 2009; Von Diemen, Szobot, Kessler & Pechansky, 2007).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Esta escala evalúa la ansiedad estado (estado emocional transitorio) y la ansiedad rasgo (tendencia ansiosa estable en el tiempo). Cada subescala cuenta con un total de 20 ítems en un sistema de respuesta de tipo Likert, (de 0-nada a 3-mucho). Por ejemplo: “Estoy relajado”, 0- Nada, 1-Algo, 2-Bastante, 3-Mucho. La puntuación máxima en cada una de las dos subescalas es de 60 (Castillo, Chacón & Díaz, 2016; Marteau & Bekker, 1992). Para el factor de la ansiedad rasgo, según la adaptación española del STAI se estima un valor de consistencia interna de 0.90, así como para la subescala de ansiedad estado se sitúa en 0.94 reflejando así un índice muy bueno de fiabilidad (Riquelme & Casal, 2011).

Escala de Evaluación Global de Funcionamiento (GAF).

Esta prueba considera la actividad psicológica, social y laboral a través de un hipotético continuo de salud-enfermedad (APA, 2002). La puntuación del test es anotada por parte del evaluador tras una entrevista con el sujeto, la cual oscila entre 0 (expectativa de muerte) y 100 (actividad satisfactoria) teniendo en cuenta los últimos doce meses con respecto a los síntomas que presenta el sujeto, las actividades que realiza y las relaciones sociales en las que se apoya (Odriozola, Isasi & Arrillaga, 2003). En relación a las propiedades psicométricas, presenta una consistencia interna de 0.62, por lo que tiene una fiabilidad aceptable (Hall, 1995).

Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).

Instrumento cuya funcionalidad es cuantificar la intencionalidad suicida a través de la evaluación de ideas o pensamientos autodestructivos. La escala se encuentra constituida por 21 ítems en la versión española, los cuales constan de 3 alternativas de respuesta, en una escala de tipo Likert. Así mismo, este inventario lo puede completar un psicólogo en función de las respuestas proporcionadas por el paciente en una entrevista semiestructurada (Beck, Kovacs & Weissman, 1979; Teruel, Martínez & León, 2014). Un ejemplo de ítem sería “Razones para el intento contemplado”: 0- Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse; 1- Combinación de 0 y 2; 2- Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta. Finalmente, la consistencia interna es de 0.89 para la población en general siendo un índice muy alto de fiabilidad (Beck, Kovacs & Weissman, 1979; Sánchez Teruel, García León & Muela Martínez, 2013).

Procedimiento

Previamente al comienzo del programa, se llevó el proyecto a evaluación a través del Comité de Ética de la Universidad Europea del Atlántico, el cual aprobó la realización de la investigación. La selección de la muestra se realizó en el Centro Hospitalario Padre Menni, siendo así pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad (TLP). En cuanto a la administración de los instrumentos, se realizó una pre- y una post-evaluación en sesiones independientes al programa. A todos los participantes se les informó que iban a formar parte de un estudio, se les explicó las características y los objetivos de éste; a continuación, se les comunicó que su participación era de forma totalmente voluntaria, anónima y que habría completa confidencialidad acerca de los datos obtenidos; además, se les hizo entender que al ser un acto voluntario podían abandonar, aunque debían de firmar un consentimiento informado. El estudio consistió en la realización de un programa de gestión emocional, basado en la terapia dialéctico conductual (DBT), compuesto por 14 sesiones de carácter individual más 2 de evaluación. La intervención se llevará a cabo dos veces por semana, en sesiones con una duración aproximada de 45 minutos, estableciendo como dinámica para las sesiones, la presentación de una teoría relacionada con la temática de regulación emocional combinado con uno o varios ejercicios con el consiguiente objetivo de que sean completados por el paciente para la siguiente sesión. Además, cada sesión está precedida de un ejercicio de mindfulness, así como se da por finalizada a través de un ejercicio que consiste en resumir la sesión por medio de una única frase. El programa se encuentra compuesto por 4 bloques, que se describen a continuación:

- **Habilidades de mindfulness:** este módulo está compuesto por las cuatro primeras sesiones, en las que se trata de introducir a los participantes en el concepto de “atención plena”, a través de psicoeducación y ejercicios experienciales, así como meditaciones guiadas.
- **Eficacia interpersonal:** abarca de la sesión 5 a la 8, en las cuales se trata de fomentar las habilidades de asertividad y respeto a uno mismo, clarificando en todo momento las prioridades y objetivos de la persona en sus relaciones.
- **Tolerancia al estrés:** en este módulo se dota a los participantes de herramientas y estrategias concretas para hacer frente a situaciones difíciles de gestionar y que les generen niveles altos de estrés, a través de 3 sesiones (sesiones 9,10 y 11).
- **Regulación emocional:** finalmente, se cierra la intervención con el módulo de regulación emocional, que comprende las 3 últimas sesiones. Esta parte de la intervención se enfoca en instruir a los pacientes acerca de las emociones y de cómo gestionarlas cuando aparecen. Asimismo, se centra en cómo analizar una situación para poder identificar e interpretar de qué forma se vinculan determinados pensamientos y emociones, y si estas últimas son o no adaptativas.

Con ello se tratará de dotar al paciente de aquellas herramientas y habilidades necesarias para la mejora en el desempeño de su vida diaria, así como con un incremento en su calidad de vida.

Análisis de datos

Para analizar y comparar los resultados obtenidos se utiliza el programa estadístico SPSS, que ha permitido en primer lugar conocer las características de la muestra a partir de los estadísticos descriptivos media y desviación típica. En segundo lugar, y para

comparar los datos obtenidos entre la evaluación pretratamiento y postratamiento, se utilizó el estadístico ANOVA de medidas repetidas, con un factor intrasujeto. Este estadístico se utilizó con el objetivo de comprobar si se habían dado diferencias significativas en cuanto a la aplicación del programa de gestión emocional en las variables medidas.

Cabe destacar que, en este proyecto, todas las variables medidas presentan una mejoría si se obtiene una puntuación menor en el postratamiento frente al pretratamiento, excepto en funcionamiento global, donde a mayor puntuación directa se muestra una mejora.

Resultados

A continuación, se muestran en la tabla 1 las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas de los participantes.

Características	Muestra
Edad	38.25 ± 6.131
Mujer	3 (75%)
Hombre	1 (25%)
Diagnóstico Principal	
Trastorno Límite de la Personalidad	4 (100%)
Otros	0 (0%)
VARIABLES CLÍNICAS	
Actividad Global	56.25 ± 8.54
Ideación Suicida	0.50 ± 1
Depresión	13.75 ± 8.73
Ansiedad-Estado	27.50 ± 15.17
Ansiedad-Rasgo	25.75 ± 9.29
Impulsividad	49 ± 15.81
Reevaluación Cognitiva	5.04 ± 0.99
Supresión Cognitiva	3.50 ± 0.87

Nota. Esta tabla muestra los valores obtenidos tras analizar la información adquirida durante el proceso de intervención, a través de estadísticos descriptivos.

Tras el análisis de las puntuaciones obtenidas en las escalas, a través del estudio de la varianza, se obtuvieron los resultados que determinan la veracidad de la hipótesis planteada. Dichos resultados muestran que, del conjunto de variables evaluadas, es la regulación emocional en su subescala de supresión expresiva en la que se obtiene una $p < 0.05$ ($p = 0.016$). Los resultados se detallan en la tabla 2.

Tabla 2

Resultados de ANOVA de medidas repetidas para las variables clínicas.

Variables¹	Pre	Post	F	GI	Sig.	η^2
BDI-IA	12.25	13.75	0.586	1	0.524	0.227
STAI A.E	21.75	27.50	0.705	1	0.490	0.261
STAI A.R	27.75	25.75	5.472	1	0.144	0.732
BIS-11	49.00	49.00	0.01	1	0.929	0.005
ERQ R.C	5.4250	5.0400	1.062	1	0.411	0.347
ERQ S.E	3.5625	3.500	61.581	1	0.016*	0.969
SSI	3.00	0.50	6.668	1	0.123	0.769
GAF	53.75	56.25	1.717	1	0.320	0.462

Nota. Esta tabla muestra la media de los resultados obtenidos en las variables evaluadas durante el programa de gestión emocional para personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). ¹ Sintomatología evaluada mediante instrumentos al inicio y final de la intervención. * $p < 0.05$

Pre: Pretratamiento, Post: Postratamiento, F: Valor, GI: Grados de Libertad, Sig: Significación, η^2 : Eta Parcial al Cuadrado, GAF: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), SSI: Escala de Ideación Suicida, BDI-IA: Inventario de Depresión de Beck, STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (A.E: Ansiedad Estado y A.R: Ansiedad Rasgo), BIS-11: Escala de Impulsividad de Barratt y ERQ: Cuestionario de Regulación Emocional (R.C: Reevaluación Cognitiva y S.E: Supresión Expresiva).

Discusión

El objetivo principal del estudio fue comprobar la eficacia de un programa de gestión emocional en pacientes con diagnóstico de TLP. Dicho objetivo se ha cumplido ya que se ha podido desarrollar el programa en su formato individual, así como también ha sido posible la consecución de los objetivos específicos. Los participantes se han beneficiado a nivel de estrategias y herramientas, han aprendido a manejar emociones, pensamientos y conductas que interfieren en su día a día, y han logrado poner en práctica dicho aprendizaje a través de conductas más adaptativas y funcionales.

Sin embargo, no se puede aceptar la hipótesis del estudio ya que no se cuentan con suficientes datos empíricos que demuestran que la intervención es eficaz en las variables evaluadas. Sí que se podría afirmar que la intervención es eficaz en relación a la variable “regulación emocional”, en la subescala de supresión expresiva, lo que plantea determinadas conclusiones. La supresión expresiva es una estrategia de regulación emocional que se basa en suprimir o modular la respuesta emocional. Se trata de una estrategia centrada en la respuesta, porque se utiliza para regular la emoción después de que esta ya se ha generado (Dryman & Heimberg, 2018; Gross & Jazaieri, 2014). Esta conclusión reafirma la evidencia que ya se tenía de que la DBT es eficaz en la reducción de la supresión emocional (Dellanoce, 2019; Linehan, 1993). Asimismo, es importante mencionar no sólo los cambios estadísticamente significativos, sino los que se han producido a nivel clínico teniendo en cuenta la covariable edad. En el caso del sujeto 1, cabe mencionar que la puntuación directa en la escala de depresión, desciende 8 puntos de la evaluación pretratamiento al postratamiento, lo que indica que la participante pasa

de tener depresión “moderada” a depresión “leve”. En el metaanálisis realizado por la Colaboración Cochrane en 2020, se llegó a la conclusión de que la DBT era eficaz en la reducción de la sintomatología depresiva, en comparación con la ausencia de tratamiento. El mismo estudio reveló que la DBT es más eficaz que el tratamiento habitual en la reducción de la impulsividad, lo que concuerda con los datos obtenidos en el sujeto 2, que presenta una disminución de 14 puntos en la puntuación directa obtenida en la escala de impulsividad (Storebø et al., 2020). Por otro lado, en el sujeto 3 se puede ver cómo ha disminuido la puntuación entre la evaluación pretratamiento y postratamiento en la medida de la variable de regulación emocional, en la subescala de reevaluación cognitiva. Además, en el sujeto 4 se puede ver que la puntuación directa en la escala de ideación suicida pasa de 7 en la evaluación pretratamiento a 0 en la postratamiento, lo que se interpreta como clínicamente significativo. Finalmente, de forma general y atendiendo a la media de las medidas de pretratamiento y postratamiento de los 4 sujetos, se puede ver una mejoría clínica en las variables de ansiedad (subescala rasgo), ambas subescalas de regulación emocional, ideación suicida y funcionamiento global. Revisar en la tabla 2. Estos hechos indican que a pesar de que los resultados del estudio no muestran un cambio estadísticamente significativo y por lo tanto no se puede aprobar la hipótesis del estudio, sí que se puede afirmar que cada sujeto ha obtenido un beneficio clínicamente observable.

En lo que respecta a su aplicación, cabe destacar las limitaciones de la investigación, ya que la muestra se considera poco representativa, al ser n inferior a 30 sujetos, así como el perfil de los participantes difería mucho, teniendo en cuenta que cada uno se ha beneficiado en mayor medida de determinadas partes de la intervención, lo que se ve reflejado en las puntuaciones de la evaluación postratamiento. Por otro lado, las variables han podido suponer un condicionante en cuanto a los resultados, ya que algunas de ellas dependían más de factores externos a la intervención que de la propia terapia. Asimismo, en relación a los instrumentos, sería interesante hacer una revisión de los pruebas de evaluación utilizadas, con el objetivo de aplicar versiones más actualizadas y adecuadas a la finalidad del estudio. Otro factor limitante sería que el programa fue llevado a cabo en un espacio corto de tiempo (8 semanas), se puede deducir que hubiera sido probablemente más eficaz si se hubiese realizado en un número más amplio de sesiones, siendo la duración mayor a 2 meses y con mayor continuidad a lo largo de las semanas, es decir, con mayor número de horas semanales, sin exceder los límites de saturación del individuo. Otro punto a destacar sería el seguimiento de la práctica diaria, ya que la mayor parte de las veces, la mayoría de individuos no traían cumplimentado actividades propuestas, lo que podría ser un factor limitante a la hora de obtener mejoras en los post-test. Por otro lado, una limitación clave a destacar es la escasa originalidad del programa de intervención aplicado, ya que es muy fiel a la estructura original de la DBT, propuesta por Marcha Linehan. Finalmente, se hace necesario hacer referencia al nivel de activación que recibe cada sujeto en función de la unidad en la que se encuentre hospitalizado, así como la situación personal que hayan tenido a lo largo del proceso de tratamiento, que sin duda puede haber influido de cara a los resultados, del mismo modo que lo ha hecho la situación vivida durante la pandemia por el COVID-19.

En cuanto a las implicaciones prácticas de la investigación se consideran muy ricas a nivel clínico, principalmente en relación al perfil de los participantes, ya que permite un aprovechamiento mayor del tratamiento. A pesar de que los resultados estadísticos no revelen una mejoría, el funcionamiento diario de los pacientes cambió y pudieron aprovecharse de los recursos que se les brindó a través del programa, lo que podría interpretarse como un éxito terapéutico.

En consecuencia, como líneas de investigación a futuro, en primer lugar, se hace necesario destacar la importancia que tendría el realizar este mismo estudio con una n de

muestra significativa, a la par que llevando a cabo el programa en un espacio de tiempo asequible, donde permita incidir de manera extensa, completa y necesaria en los 4 bloques que lo conforman, así como con una continuidad semanal positiva; además, podría plantearse que el formato de tratamiento no fuese solo individual, sino también grupal para que los propios integrantes del estudio puedan aprender los unos de los otros. De hecho, se podría plantear una revisión del programa de intervención utilizado, tratando de que tenga un enfoque menos teórico y más práctico, dinamizando las sesiones y dando prioridad al establecimiento del vínculo terapeuta-paciente, donde se cree un espacio en el que se propicie la expresión emocional, así como un feedback por parte del paciente en relación a cómo integra las habilidades que va adquiriendo en la terapia, y el uso que les da en su día a día. Por ello, una vez analizados los resultados obtenidos en este trabajo, sería importante incidir más a la hora de intervenir en las variables que tengan una puntuación que diste en exceso de lo que se considera cambio significativo ($p < 0.05$). Finalmente, aplicar el programa en otros pacientes que no necesariamente tengan un diagnóstico de TLP, ya que se ha demostrado que la DBT puede ser eficaz con otro tipo de patologías.

Conclusión

La DBT ha demostrado su eficacia en múltiples ocasiones, y ha sido valorada por la Colaboración Cochrane como la terapia más eficaz en el tratamiento del TLP. El objetivo que se persigue con este estudio es comprobar la eficacia de un programa basado en la DBT en pacientes con TLP, y aunque los resultados muestran conclusiones significativas a nivel estadístico en una única variable, sí se dan mejoras clínicas en otras variables en los sujetos de la investigación. Esto hace referencia a la regulación emocional, más concretamente en la subescala supresión expresiva en la que se ha dado un cambio tanto estadístico como clínicamente significativo. En el resto de variables no se ha hallado una mejoría, si bien sí se ha podido observar que todos los pacientes se han beneficiado de cada uno de los módulos de la intervención, destacando las habilidades de eficacia interpersonal y de atención plena. Este hecho se traduce en que a pesar de que no se ha dado un cambio significativo a nivel estadístico, la intervención ha resultado efectiva a nivel clínico, en cuanto que los participantes han mejorado su funcionamiento social y poseen una mayor amplitud de recursos, a través de los cuales pueden gestionar mejor sus emociones, autorregularse y frenar aquellas conductas impulsivas que son perjudiciales para sí mismas. No obstante, se deja constancia de la necesidad de realizar una nueva investigación teniendo en cuenta las limitaciones del presente estudio y aportando nuevas líneas de estudio que favorezcan tanto a los propios sujetos como a la psicología como ciencia.

Referencias

- Álvarez, C., Andión, O., Barral, C., Calvo, N., Casadella, M., & Casañas, R. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5-R, 5ª*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *Lancet*, 385(9969), 735–743. Doi:10.1016/S0140-6736(14)61394-5
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* (2010) 26, pp. 61-67. Doi:10.1027/1015-5759/a000009
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343. Doi:10.1037/0022-006x.47.2.343
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. Doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., ... & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of psychiatry*, 158(2), 295-302. Doi:10.1176/appi.ajp.158.2.295
- Biskin, R. S., & Paris, J. (2013). Comorbidities in borderline personality disorder: real-world issues and treatment implications. *Psychiatric Times*, 30(1), 29-29.
- Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S., ... & Zimmerman, M. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *CNS spectrums*, 16(3), 67-74. Doi:10.1017/s109285291200020x
- Blum, N., Pfohl, B., John, D. S., Monahan, P., & Black, D. W. (2002). STEPPS: a cognitive behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310. Doi:10.1053/comp.2002.33497
- Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., . . . & Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial and 1-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 165(4), 468–478. Doi:10.1176/appi.ajp.2007.0707107
- Borkum, D. B., Temes, C. M., Magni, L. R., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., Goodman, M., & Zanarini, M. C. (2017). Prevalence rates of childhood protective factors in adolescents with BPD, psychiatrically healthy adolescents, and adults with BPD. *Personal Mental Health*, 11, 189–194. Doi:10.1002/pmh.1380

- Brown, P. (1995). Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 34–52. Doi:10.2307/2626956
- Butler, E. A., Lee, T. L., & Gross, J. J. (2007). Emotion regulation and culture: Are the social consequences of emotion suppression culture-specific? *Emotion*, 7(1), 30–48. Doi:10.1037/1528-3542.7.1.30.
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 234. Doi:10.1027/1015-5759/a000150
- Calati, R., Gressier, F., Balestri, M., & Serretti, A. (2013). Genetic modulation of borderline personality disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1275–1287. Doi:10.1016/j.jpsychires.2013.06.
- Castillo Pimienta, C., Chacón de la Cruz, T., & Díaz-Véliz, G. (2016). Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en educación médica*, 5(20), 230-237. Doi:10.1016/j.riem.2016.03.001
- Chanen, A. M. (2015). Borderline personality disorder in young people: are we there yet? *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 778-791. Doi:10.1002/jclp.22205
- Chanen, A. M., McCutcheon, L., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2009). The HYPE Clinic: An early intervention service for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(3), 163–172. Doi:10.1097/01.pra.0000351876.510
- Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016). Evidence-based treatments for borderline personality disorder: implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 342-356. Doi:10.1097/hrp.0000000000000113
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Comtois, K. A., Elwood, L., Holdcraft, L. C., Smith, W. R., & Simpson, T. L. (2007). Effectiveness of dialectical behavior therapy in a community mental health center. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 406-414. Doi:10.1016/j.cbpra.2006.04.023
- Comtois, K. A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R., & Roy-Byrne, P. (2003). Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 54(8), 1149-1154. Doi:10.1176/appi.ps.54.8.1149
- Conde, V., & Franch, J. L. (1984). *Escalas de evaluación conductual para la cuantificación de la psicopatología de los trastornos ansiosos y depresivos*. Valladolid: Departamento de Psicología Médica.

- Conde, V., Esteban, T., & Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Dellanoce, L. (2019). *The influence of distress tolerance on the relationship between expressive suppression and depressive symptoms* (Master's thesis).
- DeRubeis, R. J., Keefe, J. R., & Beck, A. T. (2019). Cognitive therapy. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 218–248). The Guilford Press.
- Domènech, E. F. (2019). Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión Sistemática de las Intervenciones: TLP: Comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197-212.
- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: a systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical psychology review*, 65, 17-42. Doi:10.1016/j.cpr.2018.07.004
- Ekman, P. E., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford: Oxford University Press.
- Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. (2016). Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A randomized trial. *Mindfulness*, 7(3), 584-595. Doi:10.1007/s12671-016-0492-1
- Gillanders, S., Wild, M., Deighan, C., & Gillanders, D. (2008). Emotion regulation, affect, psychosocial functioning, and well-being in hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 51(4), 651–662. Doi:10.1053/j.ajkd.2007.12.023.
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., ... & Siever, L. J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2018-2024. Doi:10.1176/appi.ajp.160.11.2018
- González, R. C., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., & Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12.
- Goodman, M., Roiff, T., Oakes, A. H., & Paris, J. (2011). Suicidal Risk and Management in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 79–85. Doi:10.1007/s11920-011-0249-4
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533.

- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Extending research on the utility of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(4), 316. Doi:10.1037/a0022144
- Gregory, R. J., & Remen, A. L. (2008). A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 15. Doi:10.1037/0033-3204.45.1.15
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2, 387–401. Doi:10.1177/2167702614536164
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348. Doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., ... & Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162(1), 53-60. Doi:10.1001/archinte.162.1.53
- Guerrero Gallarday, J. E., & Olano Yalta, A. M. (2017). Impulsividad y conducta alimentaria en varones. *Nutrición Hospitalaria*, 34(4), 1009-1009.
- Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Unruh, B., & Choi-Kain, L. (2018). Competing theories of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(2), 148-167. Doi:10.1521/pedi.2018.32.2.148
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-20. Doi:10.1038/nrdp.2018.29
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827–837. Doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.37
- Hall, R. C. (1995). Global assessment of functioning: a modified scale. *Psychosomatics*, 36(3), 267-275. Doi:10.1016/S0033-3182(95)71666-8
- Hurt, S. W., & Brown, R. (1984). Reliability of criteria for borderline personality disorder: a comparison of DSM-III and the Diagnostic Interview for Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 141(9), 1080-1084. Doi:10.1176/ajp.141.9.1080
- Ioannidis, C. A., & Siegling, A. B. (2015). Criterion and incremental validity of the emotion regulation questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 6, 247. Doi:10.3389/fpsyg.2015.00247

- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. London: Delta.
- Keinänen, M. T., Johnson, J. G., Richards, E. S., & Courtney, E. A. (2012). A systematic review of the evidence-based psychosocial risk factors for understanding of borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26, 65–91. Doi:10.1080/02668734.2011.652659
- Kramer, A. D., Guillory, J. E., & Hancock, J. T. (2014). Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(24), 8788-8790. Doi:10.1073/pnas.1320040111
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84. Doi:10.1016/S0140-6736(10)61422-5
- Lenz, A. S., Del Conte, G., Hollenbaugh, K. M., & Callendar, K. (2016). Emotional regulation and interpersonal effectiveness as mechanisms of change for treatment outcomes within a DBT program for adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 7(2), 73-85. Doi:10.1177/2150137816642439
- Levy, K. N., McMain, S., Bateman, A., & Clouthier, T. (2018). Treatment of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 711-728. Doi:10.1016/j.psc.2018.07.011
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461. Doi:10.1016/S0140-6736(04)16770-6
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills training manual*. New York, NY: Guilford Publications.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475-482. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
- Marteau, T. M., & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State—Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology*, 31(3), 301-306. Doi:10.1111/j.2044-8260.1992.tb00997.x
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Artamendi, S., Carballo, J. L., & García-Rodríguez, O. (2015). Spanish adaptation and validation of the

- Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3), 274-282. Doi:10.1016/j.ijchp.2015.07.002
- May, J. M., Richardi, T. M., & Barth, K. S. (2016). Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Clinician*, 6(2), 62-67. Doi:10.9740/mhc.2016.03.62
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., ... & Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256-264. Doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x
- Mehlum, L., Tormoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., . . . & Groholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. Doi:10.1016/j.jaac.2014.07.003
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., ... & Foy, D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 493-499. Doi:10.1037/0022-006x.66.3.493
- Odrizola, E. E., Isasi, A. G., & Arrillaga, A. G. P. (2003). Diseño y evaluación de un programa de intervención psicológica para pacientes con trastorno bipolar refractarios al tratamiento: un estudio piloto. *Análisis y modificación de conducta*, 29(127), 649- 671.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20-26. Doi:10.1176/appi.ajp.163.1.20
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L., & Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of Axis I and Axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(4), 571–578. Doi:10.1176/ajp.152.4.571
- Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., Montalban, V., & Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147–155.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319-324. Doi:10.1080/08039480500320025
- Pope, H. G., Jonas, J. M., Hudson, J. I., Cohen, B. M., & Gunderson, J. G. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder: a phenomenologic, family 30 history, treatment response, and long-term follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 40(1), 23-30. Doi:10.1001/archpsyc.1983.01790010025003

- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(1), 25-31. doi:10.1007/s10879-006-9031-z
- Rathus, J., Campbell, B., Miller, A., & Smith, H. (2015). Treatment acceptability study of walking the middle path, a new DBT skills module for adolescents and their families. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 163-178. Doi:10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.163
- Rios, E. Y. Z. (2020). Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 9(2), 148-157. Doi:10.9740/mhc.2016.03.62
- Riquelme, A. G., & Casal, G. B. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313, e1303. Doi:10.1016/j.jaac.2012.09.018
- Salvo, G. L., & Castro, S. A. (2013). Reliability and validity of Barratt impulsiveness scale (BIS-11) in adolescents. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51, 245-254. Doi:10.4067/S0717-92272013000400003
- Sánchez Teruel, D., García León, A., & Muela Martínez, J. A. (2013). Relación entre alta ideación suicida y variables psicosociales en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 429-450. Doi:10.14204/ejrep.30.13013
- Sanz, J. (2013). 50 years of the Beck Depression Inventory: recommendations for using the Spanish adaptation of the BDI-II in clinical practice. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 161-168.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 303-318.
- Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *The Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 583-593. Doi:10.1016/j.psc.2018.07.009.
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Treatment goals, strategies, and empirical support. *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*, 285-318.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), 936-950. Doi:10.1016/s0006-3223(02)01324-0

- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... & Pagano, M. E. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders, 19*(5), 487-504. Doi:10.1521/pedi.2005.19.5.487
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and individual differences, 47*(5), 385-395. Doi:10.1016/j.paid.2009.04.008
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., ... & Lieb, K. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (5)*. Doi:10.1002/14651858.CD012955
- Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and sociobiology, 11*(4-5), 375-424. Doi:10.1016/0162-3095(90)90017-z
- Vázquez, C., Avia, M. D., Alonso, B., & Fernández, E. (1989). *A test of the diathesis-stress model of depression: Attributional style as a predictor of dysphoric reactions after an academic failure*. Comunicación presentada en el Primer Congreso Europeo de Psicología, Amsterdam.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud, 8*, 403-422.
- Verzeletti, C., Zammuner, V. L., Galli, C., Agnoli, S., & Duregger, C. (2016). Emotion regulation strategies and psychosocial well-being in adolescence. *Cogent Psychology, 3*(1), 1199294. Doi:10.1080/23311908.2016.1199294
- von Diemen, L., Szobot, C. M., Kessler, F., & Pechansky, F. (2007). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scales (BIS-11) to brazilian portuguese for use in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*, 153-156. Doi:10.1590/s1516-44462006005000020.
- Westerlund, M., & Santtila, P. (2018). A Finnish adaptation of the emotion regulation questionnaire (ERQ) and the difficulties in emotion regulation scale (DERS16). *Nordic Psychology, 70*(4), 304-323. Doi:10.1080/19012276.2018.1443279
- Westerlund, M., Santtila, P., & Antfolk, J. (2020). Regulating emotions under exposure to negative out-group-related news material results in increased acceptance of outgroups. *The Journal of Social Psychology, 160*(3), 357-372. Doi:10.1080/00224545.2019.1675575
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... & Zanarini, M. C. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(8), 510-518. Doi:10.1097/00005053-200208000-00003.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *155*(12), 1733-1739. Doi:10.1176/ajp.155.12.1733.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., & Frankenburg, F. R. (1989). Axis I phenomenology of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *30*(2), 149-156. Doi:10.1016/0010-440x(89)90067-9.
- Zanarini, M. C., Temes, C. M., Magni, L. R., Aguirre, B. A., Hein, K. E., & Goodman, M. (2020). Risk factors for borderline personality disorder in adolescents. *Journal of personality disorders*, *34*(Supplement B), 17-24. Doi:10.1521/pedi_2019_33_425.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen J., et al. (2004). Mental health service utilization of borderline patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(1), 28–36. Doi:10.4088/jcp.v65n0105
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *40*(4), 245-252. Doi: 10.1016/s0010-440x(99)90123-2.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1911-1918. Doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1911.

Fecha de recepción: 27/07/2021

Fecha de revisión: 26/09/2021

Fecha de aceptación: 18/11/2021

Cómo citar este artículo:

Martin, M. (2021). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en pacientes con daño cerebral adquirido. *MLS Psychology Research* 4 (2), 93 -110. doi: 10.33000/mlspr.v4i2.609.

EFFECTIVIDAD DE LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

María Martín Hernantes

Universidad Europea del Atlántico (España)

mariamartin.h7@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0002-4169-5318>

Resumen. El objetivo de esta investigación es analizar la efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en pacientes con daño cerebral adquirido (DCA). El DCA es una de las principales causas de discapacidad en el mundo actual, pudiendo producir tanto alteraciones cognitivas como físicas; llegando a limitar la calidad de vida de estas personas. Veinte participantes con deterioro cognitivo moderado participan en el estudio, 8 pertenecen al grupo control; mientras que los 12 restantes forman parte del grupo experimental, asistiendo dos sesiones semanales durante cuatro meses a rehabilitación cognitiva. Inicialmente se realiza una evaluación neuropsicológica para comprobar el estado de las funciones cognitivas de cada uno de los participantes; esta evaluación se repite a los 4 meses para analizar la efectividad de la rehabilitación. Los resultados muestran una mejora en aquellos participantes que han recibido la rehabilitación neuropsicológica en comparación con los pacientes del grupo control. A partir de estos datos, se establece una relación entre la rehabilitación neuropsicológica y la mejora de las funciones cognitivas que se encuentran dañadas. En conclusión, la rehabilitación cognitiva es fundamental para ayudar a los pacientes con DCA a mejorar las alteraciones de sus funciones cognitivas.

Palabras clave: Daño Cerebral Adquirido (DCA), Rehabilitación Neuropsicológica, Efectividad, Evaluación Neuropsicológica, Funciones Cognitivas.

EFFECTIVENESS OF NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION IN PATIENTS WITH ACQUIRED BRAIN DAMAGE

Abstract. The objective of this research is to analyze the effectiveness of neuropsychological rehabilitation in patients with acquired brain damage (ACD). ACD is one of the main causes of disability in today's world, being able to produce both cognitive and physical alterations; reaching to limit the quality of life of these people. Twenty participants with moderate cognitive impairment participate in the study, 8 belong to the control group; while the remaining 12 are part of the experimental group, attending two weekly sessions for four months to cognitive rehabilitation. Initially, a neuropsychological evaluation is carried out to check the state of the cognitive functions of each one of the participants; this evaluation is repeated at 4 months to analyze the effectiveness of the rehabilitation. The results show an improvement in those participants who have

received neuropsychological rehabilitation compared to patients in the control group. From these data, a relationship is established between neuropsychological rehabilitation and the improvement of cognitive functions that are damaged. In conclusion, cognitive rehabilitation is essential to help patients with ACD to improve the alterations in their cognitive functions.

Keywords: Acquired brain injury (DCA), Neuropsychological rehabilitation, Effectiveness, Neuropsychological Assessment, Cognitive functions.

Introducción

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) hace referencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a una lesión cerebral repentina que puede ser permanente o temporal y que tiene lugar después del nacimiento no estando vinculado ni a enfermedades degenerativas ni congénitas pudiendo tener origen en diversas causas, como traumatismos craneoencefálicos (TCE), accidentes cerebrovasculares (ACV), tumores, anoxias; llegando a provocar en ocasiones desde discapacidades funcionales hasta una desadaptación psicosocial (OMS, Génova, 1996).

Debido a que el DCA se caracteriza por manifestarse de forma súbita en comparación a otras patologías neurológicas (degenerativas o congénitas), se produce un desajuste repentino en la vida tanto de la persona afectada como de sus allegados, ya que ven como su vida cambia bruscamente sin haber podido tener estrategias previas que les ayuden a afrontar esta situación (Vara Arias & Rodríguez Palero, 2017).

Actualmente, el DCA es una de las principales causas de muerte y discapacidad en la población mundial. Tras sufrir un DCA es muy frecuente presentar déficits cognitivos, dentro de los más comunes y limitantes se encontrarían los problemas de memoria, funciones ejecutivas y atención (García Molina, y otros, 2015).

Según un informe de la Federación Española de Daño Cerebral Adquirido (FEDACE) del año 2015, en España hay 420.064 casos de personas con DCA, de los cuales el 78% se corresponden a casos de ACV, mientras que el 22% restante se corresponden con otras causas. El 52,5% de los afectados son mujeres, y el 47,5% son hombres. Por otra parte, del total de personas con DCA el 65,03 % se corresponde a mayores de 65 años. La incidencia anual en nuestro país se sitúa en 104.071 nuevos casos, de los cuales 99.284 se deben por ACV, 4.937 por TCE y 481 debido a anoxias. A nivel mundial, cada año 15 millones de personas sufren un ACV; un tercio de ellas se recuperan plenamente sin ninguna incapacidad, otro tercio presenta incapacidades permanentes que dificultan el funcionamiento en su día a día; y, el tercio restante fallece. En relación con los TCE se estima que cada año a nivel mundial se producen unos 10 millones de casos, en los países industrializados afecta principalmente a hombres de entre los 16 a 35 años; produciéndose una incidencia de entre 200 y 300 casos por cada 100.000 habitantes.

Las secuelas se pueden agrupar en 3 grandes categorías:

- Alteraciones físico-motoras. Dentro de este grupo, se encuentran limitaciones en la marcha; equilibrio; del movimiento de las extremidades superiores, inferiores o ambas; disminución de sensibilidad, o hipersensibilidad; fatiga, mareos, temblores; pérdida de alguno de los sentidos (Moore Sohlberg & Mateer, 2017).
- Alteraciones emocionales y conductuales. Pueden producirse conductas agresivas debido a una incapacidad para controlar los propios impulsos, con lo que las personas se vuelven más desinhibidas. Por otra parte, se puede producir el caso contrario, y es que la persona reprima en exceso sus conductas manifestando apatía. En las alteraciones emocionales se puede llegar a manifestar irritabilidad, impaciencia, depresión, labilidad emocional, una

mayor sensibilidad. En la anosognia la persona no es consciente de la incapacidad o problemas que se producen debido a su lesión (McDonald , 2013).

- Alteraciones cognitivas o intelectuales. Al ser el tipo de secuela que se va a evaluar en el presente estudio, se detallan más profundamente a continuación.

La memoria es el área cognitiva que más suele dañarse tras sufrir un DCA. Es una función compleja, abarca conocimientos generales y la capacidad para mantenerlos en el recuerdo y/o recuperarlos (Sharp, Scott, & Leech, 2014). El principal trastorno de memoria es la amnesia, la cual sucede cuando la memoria se pierde o altera por un corto o largo periodo de tiempo. La rehabilitación de la memoria se ve influida por diversas circunstancias como la gravedad de la lesión; la edad del paciente, ya que cuanto más mayor sea la persona menor posibilidad de recuperación de memoria; y otro factor importante es que la intervención se lleve a cabo lo antes posible (Cumming, Marshall, & Lazar, 2013).

Entre los trastornos del lenguaje, se puede producir una limitación en la comunicación de forma escrita, oral, o de ambas maneras. La alteración en la comprensión del lenguaje, se conoce como Afasia de Wernicke; mientras que una alteración en la expresión, se denomina Afasia de Broca. Si la persona tiene una limitación para poder leer, se le nombra alexia. En otras ocasiones, puede haber pacientes que manifiesten una alteración para poder denominar o reconocer objetos, lo que se conoce como anomia (Van Heugten C., 2013).

Una alteración en la atención conlleva un empeoramiento en la concentración durante un largo periodo de tiempo (Brocalero & Pérez, 2013). Se considera una tarea multifactorial ya que se puede solapar con otros dominios neuropsicológicos como la memoria de trabajo que pertenece a las funciones ejecutivas (Strauss, Sherman, & Spreen, 2006).

En relación con la orientación se relaciona con la capacidad de determinar nuestra posición en el espacio y tiempo en un momento concreto. Se divide en 3 tipos: orientación personal, vinculada con la información relacionada con la identidad personal (nombre, edad); espacial, relacionada con la información relativa a la ubicación (lugar en el que se encuentra); y, temporal, vinculada al tiempo (día, mes, año) (Ballesteros Tenreiro, 2015).

Mientras que la alteración de las funciones ejecutivas repercute en la realización de tareas complejas, en la planificación de tareas o actividades, en el razonamiento, en la inhibición de conductas (Chung C, 2013).

En cualquier paciente con lesión cerebral se debe evaluar el funcionamiento cognitivo para comprobar que posibles daños se han podido producir, por ello se realiza una evaluación neuropsicológica en la que es aconsejable entrevistar al paciente y a familiares cercanos (Lezak, 2013).

La evaluación neuropsicológica estándar incluye pruebas de memoria episódica, atención, velocidad de procesamiento cognitivo y funciones ejecutivas, como flexibilidad mental, planificación, toma de decisiones, control inhibitorio y organización. En los casos de pacientes con lesiones de moderadas a graves, la conciencia y el juicio deben evaluarse para determinar la capacidad del paciente para funcionar de forma independiente (Rabinowitz & Levin, 2014). Los resultados de una evaluación neuropsicológica proporcionan información sobre las áreas cognitivas que se encuentran alteradas y las que se encuentran conservadas en el paciente (Wood & McMillan, 2013).

En la mayoría de los casos, el neuropsicólogo puede recomendar estrategias para ayudar al paciente a compensar esos déficits, así como aconsejar la realización de la rehabilitación neuropsicológica (Vanderploeg, 2014).

Rehabilitación Neuropsicológica

Su objetivo es minimizar, compensar y/o restaurar las posibles alteraciones ocurridas a raíz de la lesión (Ríos-Gallardo, Bonilla-Santos, Bonilla-Santos, González-Hernández, & Amaya-Vargas, 2016).

Las alteraciones cognitivas son una de las secuelas más frecuentes e invalidantes tras sufrir un DCA. Por ello aprovechando la plasticidad cerebral con la que cuenta el cerebro, que es la capacidad que tiene para poder adaptarse a los cambios producidos mediante el aprendizaje, la experiencia, la estimulación cognitiva y sensorial; se lleva a cabo la rehabilitación cognitiva para intentar recuperar funciones alteradas (Carvajal-Castrillón & Restrepo P., 2013).

Un factor que suele repercutir en el éxito de la rehabilitación es la edad en la que se produce el DCA; así lo considera un estudio que muestra que los participantes que tienen una menor edad son los que presentan una mayor mejora con el tratamiento; esta relación entre la edad y la rehabilitación repercute en una mejora en el área de atención, memoria y funciones ejecutivas (Puerta Cortés, 2017).

En otro estudio se analizó la eficacia de un programa de rehabilitación cognitiva en 10 pacientes con deterioro cognitivo de leve a moderado durante 4 meses llevando a cabo dicha rehabilitación; para ello procedieron a dividirlos en dos grupos, el experimental y el control. Los resultados demostraron una mejoría en la memoria inmediata y en el recuerdo demorado global en el grupo experimental en las medidas cognitivas; mostrando la eficacia de la rehabilitación en la memoria (De los Reyes Aragón, Rodríguez Díaz, Sánchez Herrera, & Gutiérrez Ruíz, 2013).

En un estudio conformado por 13 pacientes con TCE entre los 18-54 años, se realizó un programa de rehabilitación cognitiva desarrollándose en 60 sesiones individuales y 10 grupales durante un periodo de 5 meses, comparándose las medidas pretest con las postest, y consiguiéndose ganancias significativas en la atención y en las funciones ejecutivas, al igual que en la memoria, aunque de forma menos notable. La mejora en los resultados es significativa en el grupo de estudio, mientras que en el grupo control los resultados son similares o peores del pretest (Bonilla Santos, González Hernández, Amaya Vargas, Ríos Gallardo, & Bonilla Santos, 2016).

En otro estudio se analizaron los resultados de 10 pacientes con TCE, cuya edad oscilaba entre los 19 y 39 años, con un proceso de rehabilitación de 6 meses. Los resultados obtenidos muestran una disminución de las alteraciones que presentaban inicialmente. Respecto a la recuperación global de los pacientes, se ha obtenido una reducción del 60% de las alteraciones, siendo del 80% la reducción en la alteración de la atención; mientras que en la memoria la alteración se ha visto reducida en un 45,05% la intensidad. Respecto al área del lenguaje, en este mismo estudio, se muestra una tendencia a mejorar estos resultados con la rehabilitación (León-Carrión, 2011).

En cuanto a los resultados que implica la rehabilitación cognitiva en las funciones ejecutivas se desarrolla un estudio con 19 participantes con daño cerebral, 11 forman parte del grupo experimental y 8 del grupo control. En el grupo experimental se administran 7 sesiones de 2 horas. Los resultados después de la intervención muestran efectos positivos en el funcionamiento ejecutivo del grupo experimental, con una mejoría significativa en la Torre de Londres, generalizándose las distintas estrategias aprendidas a las actividades de la vida diaria (Levine, Schweizer, O'Connor, Turner, Gillingham, Stuss & Manly, 2011).

En un estudio pre-post retrospectivo llevado a cabo con 58 participantes adultos, 14 mujeres y 44 hombres, que participan en un programa de rehabilitación cognitivo intensivo durante 4 meses se muestra que el comienzo temprano de la rehabilitación y una mayor funcionalidad cognitiva al comienzo son los mejores predictores de recuperación cognitiva. Los resultados muestran un incremento de la funcionalidad, del 33,6% al 85%, desde el comienzo

al final del tratamiento (Solís-Marco, Castellano Guerrero , Domínguez Morales, & León Carrión, 2014).

El análisis de los diferentes estudios permite inferir que son pocos los estudios centrados en determinar la efectividad de los programas de intervención neuropsicológica, especialmente por el uso de muestras de caso único o con un pequeño número de participantes (Wall, Turner & Clarke, 2013).

Asimismo, se evidencia que la gran parte de las intervenciones en rehabilitación neuropsicológica se centran en un único componente cognitivo (por ejemplo, la memoria o las funciones ejecutivas) y no se tienen en cuenta el resto de áreas.

Además, es necesario que la intervención se ajuste a las características del individuo y sus áreas cognitivas dañadas (Martínez-Martínez, Aguilar-Mejía, Martínez Villar, & Mariño García, 2014).

Como objetivo general de la investigación, se busca analizar la efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en pacientes con daño cerebral adquirido. Y, como objetivos específicos comprobar las diferencias obtenidas en los dos registros de puntuaciones de cada función cognitiva en cada grupo, y la diferencia de efectividad entre pacientes que realizan la rehabilitación cognitiva en función de la edad.

Método

Participantes

La muestra está integrada por 20 participantes con DCA, y edades comprendidas entre los 20-88 años. De entre estos pacientes, 12 llevan a cabo rehabilitación neuropsicológica, formando parte del grupo experimental; mientras que los otros 8 pertenecen al grupo control. La asignación a estos dos grupos se ha realizado por conveniencia, seleccionando a aquellas personas que deseaban participar como voluntarios; aunque siempre cumpliendo el requisito de tener un DCA. De las 12 personas que reciben el tratamiento 5 han sufrido TCE, 5 ictus, 1 tumor cerebral, y 1 anoxia. De estas personas pertenecientes al grupo experimental 8 son mujeres y 4 hombres; el mínimo de edad de este grupo son 30 años, mientras que el máximo son 71 años. La media de edad del grupo se sitúa en los 55 años con una desviación estándar de 13 años.

En cuanto a las 8 personas pertenecientes al grupo control, han sido asignadas porque presentan algún tipo de DCA, pero no llevan a cabo ninguna rehabilitación cognitiva. Dentro de este grupo 5 son hombres y 3 mujeres; de los cuales 2 han sufrido ictus, 2 TCE, 2 tumor cerebral y 2 anoxias. Respecto a este grupo el mínimo de edad es 20 y el máximo 88 años; con una media de edad de 52 años y una desviación estándar de 22 años.

En relación a los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la selección de la muestra se encuentran los siguientes.

- Diagnóstico de deterioro cognitivo.
- Usuarios en centro de rehabilitación neurológica.
- Mayores de edad.

En cuanto al único criterio de exclusión se considera la ausencia de deterioro cognitivo.

Instrumentos

Para evaluar los cambios clínicos de las distintas funciones cognitivas se administraron a cada uno de los participantes unas pruebas al comienzo y tras el programa de rehabilitación neuropsicológica.

Test de copia de Figura Compleja de Rey (Rey, 1959).

Consiste en copiar un dibujo y más tarde reproducirlo tomando de referencia el recuerdo de la copia realizada anteriormente. Esta prueba se compone de 3 apartados. La figura se divide en 18 partes. La información sobre su puntuación oscila entre 2 y 0 de acuerdo a la combinación entre el criterio de precisión y el de localización. La puntuación máxima son 36 puntos. En el estudio presente solamente se tiene en cuenta las puntuaciones obtenidas en el recuerdo inmediato y diferido, por lo que se valora la afectación que presentan los participantes en memoria visual.

Trail Making Test (Partington, 1983).

Se divide en: Parte A, en la que hay que unir 25 números distribuidos aleatoriamente en una hoja; y Parte B, la cual consiste en unir, 12 números y 12 letras en orden alternativo. La puntuación va a depender de los segundos que tarde en completarlo correctamente y de la edad. El objetivo de esta prueba es evaluar la flexibilidad y la velocidad visuomotora.

Test de memoria libre y selectivamente facilitado (FCSRT) (Buschke, 1984).

Al paciente se le presentan 4 láminas con 16 palabras, las cuales tendrá que aprenderse y fijarse en que cada palabra pertenece a una categoría distinta. Se le dirá una categoría y él tendrá que decir con que palabra está relacionada. Después, tendrá que repetir todas las palabras que evoque, proporcionándole la categoría de aquellas palabras que no recuerde. En total se realizan 3 ensayos con recuerdo libre o facilitado; y un último, el recuerdo diferido, que se administra 30 minutos después. Mediante esta prueba se evalúa la memoria verbal.

Prueba de dígitos directos e indirectos (Wechsler, 1987).

Se administró de la Bateria WAIS-III. La tarea consiste en leer en voz alta a los participantes una serie de números, incrementando progresivamente la serie, hasta que comete dos fallos consecutivos dentro del mismo span. Se aplica tanto en sentido directo como inverso. El rango en las puntuaciones en dígitos directos es de 0 a 9, y en inversos de 0 a 8. Con esta prueba se evalúa la afectación que se presenta en atención y memoria de trabajo.

Test de Barcelona (Peña-Casanova, 1991).

Primer instrumento de exploración cognitiva para analizar el estado neuropsicológico desarrollado en España. Consta de un total de 106 subtest en 42 apartados. La duración del test completo son 3 horas, por lo que en este caso se procede a realizar una versión reducida del mismo con los siguientes subtest: orientación (persona, lugar, tiempo); denominación visuo-verbal (serie de imágenes donde el participante dice lo que ve); evocación categorial en asociaciones (nombre de animales en 1 minuto, evalúa funciones ejecutivas); comprensión verbal (imitar órdenes verbales, movimientos simples y complejos), lectura de texto, copiar frase, estos 3 subtest evalúan el lenguaje; abstracción verbal (semejanzas y diferencias entre 2 palabras, evalúa fluidez verbal).

Procedimiento

En cuanto a los aspectos éticos, antes de proceder al inicio de la investigación se da a cada participante la hoja de información donde se explica en qué consiste este trabajo, una vez que lo ha leído se le pide que transmita cualquier duda o aclaración que necesite. A continuación, se le pasa el consentimiento informado, de acuerdo con lo establecido en la ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Cada persona entrega de forma escrita su disposición a participar en este estudio, garantizándosele la confidencialidad de toda la información que facilite, y teniendo la posibilidad en el caso de que lo requiera de poder renunciar a su participación, y sin inconveniente alguno.

Inicialmente se procede a realizar una valoración acerca de los aspectos esenciales del funcionamiento cognitivo global, a través de la administración de las pruebas mencionadas y descritas anteriormente, con la finalidad de conocer cómo se encuentra el funcionamiento cognitivo del paciente tras sufrir un DCA.

Estos resultados aportan la información necesaria para llevar a cabo un programa de intervención del grupo experimental en el que la rehabilitación consiste en actividades basadas en estrategias y técnicas de rehabilitación neuropsicológica de memoria, atención, lenguaje, orientación, y funciones ejecutivas. Estos ejercicios se llevan a cabo de forma personalizada dependiendo de las zonas que se encuentren afectadas tras realizar la primera evaluación neuropsicológica, ya que cada persona es única y aunque haya sufrido la misma patología que otra persona no siempre se altera la misma zona cerebral; por eso si por ejemplo hay alteración en la memoria y atención, gran parte de los ejercicios serán referidos a estos 2 ámbitos, aunque también se trabajan las otras áreas para no descuidarlas intentando mantenerlas e incluso mejorarlas. Los ejercicios son tanto a lápiz y papel, como computarizados. Los participantes en el estudio se dividen en dos grupos, el experimental, que realiza la rehabilitación cognitiva con dos sesiones semanales individuales de una hora, durante cuatro meses; y el grupo control, que no la lleva a cabo.

La rehabilitación neuropsicológica se desarrolla en un contexto natural, evitando posibles distracciones, y aportando los materiales que se hagan necesarios en cada sesión (folios, lápices, ordenador, etc.).

Las actividades que se llevan a cabo para la rehabilitación dependerán de la función cognitiva:

- **Memoria.** Para trabajar la memoria semántica se realizan ejercicios como emparejar elementos con la categoría a la que pertenecen. En la memoria episódica, el ejercicio más común consiste en que el paciente lea una historia y luego sin mirar sea capaz de responder a preguntas relacionadas con el texto. Para potenciar la memoria inmediata, se realizan ejercicios que consisten en repetición de listas de palabras y números. En relación a la memoria reciente, se realizan ejercicios de memoria verbal inmediata, que consisten en leer al paciente una lista de palabras y que las repita; y, ejercicios de memoria visual inmediata, que consisten en reconocer objetos que se observan en un dibujo. Para rehabilitar la memoria de trabajo, se pide al paciente que escriba los días, meses del año, etc. tanto de forma directa como inversa; o, leerle números en voz alta y que él los repita.
- **La orientación.** En el caso de la orientación personal, se procede a realizar una serie de cuestiones relacionadas con su persona como su nombre, edad, donde vive, etc. En relación a la orientación espacial, se le realizan preguntas vinculadas con la localización, en qué lugar estamos, ciudad, país, etc. Y, en referencia a la orientación temporal, se le pregunta sobre una serie de cuestiones relacionadas con los datos temporales, que día de la semana es, mes, año, hora, etc.
- **El lenguaje.** Para rehabilitar el lenguaje escrito se realizan ejercicios de dictado, descripción de objetos y experiencias vividas por el paciente; uno de los ejercicios más eficaces es el juego de fuga de palabras, que consiste en completar las palabras que se encuentran incompletas. Por otra parte, para la rehabilitación del lenguaje oral, se llevan a cabo ejercicios de lectura en voz alta, descripción de imágenes o experiencias.
- **La atención.** Para rehabilitar la atención se realizan ejercicios de tarea de cancelación donde si se le pide que simplemente marque la letra E, se potencia la atención selectiva; si, además, se le pide que lo realice en un tiempo determinado se trabaja la velocidad de procesamiento. Si se le solicita que marque todas las letras A, hasta que se le diga la palabra “cambio”, que es cuando tiene que pasar a tachar las letras E, dándole sucesivamente otras indicaciones, se trabaja la atención alternante. Para rehabilitar la atención selectiva y sostenida está el ejercicio de sopa de letras, y buscar diferencias entre dos imágenes.
- **Las funciones ejecutivas.** Se dividen en categorización, donde el paciente tiene que dividir una lista de palabras en grupos, y después ponerle nombre al grupo; en seriación, donde hay que ordenar frases para que tengan una secuencia lógica; en planificación, donde

tiene que describir los pasos que son necesarios para realizar una acción concreta (por ejemplo, preparar unas vacaciones); y en iniciativa, donde tiene que por ejemplo escribir el nombre de 15 países o escribir animales que tengan 7 letras.

Tras 4 meses realizando esta rehabilitación neuropsicológica se procede a administrar la evaluación realizada inicialmente, para comprobar los cambios que se han producido y analizar la efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en pacientes con DCA comprobando las diferencias que se han producido entre el grupo experimental y el grupo control. Además, se comprueba si hay diferencias teniendo en cuenta la edad.

Análisis de datos

Para comprobar si la rehabilitación neuropsicológica mejora las funciones cognitivas de memoria, lenguaje, atención, orientación y funciones ejecutivas en los pacientes con DCA en comparación con los que no han realizado dicha rehabilitación, se realizaron pruebas t para muestras independientes, en el que existieron 2 grupos (experimental y control) y 2 tiempos de evaluación (medida pre-, y post-). Se estableció un nivel de confianza del 95%, y, por tanto, un margen de error del 5% ($p < 0.05$). Se utilizó la prueba de t Student para muestras independientes en todos los casos, ya que se cumplía el principio de normalidad, comprobado con el estadístico de shapiro-wilk, utilizado por ser una muestra de 20 participantes, y el principio de homogeneidad de varianzas, comprobado con la prueba de Levene, por lo que no fue necesario realizar pruebas no paramétricas. Las variables de prueba fueron las puntuaciones obtenidas en las distintas funciones cognitivas; mientras que la variable de agrupación fue el grupo al que pertenecían los pacientes (experimental y control). Asimismo, se realizó ANOVA de medidas repetidas, para comprobar si la edad influye en la mejora del pre al post en el grupo experimental.

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS versión 22.0.

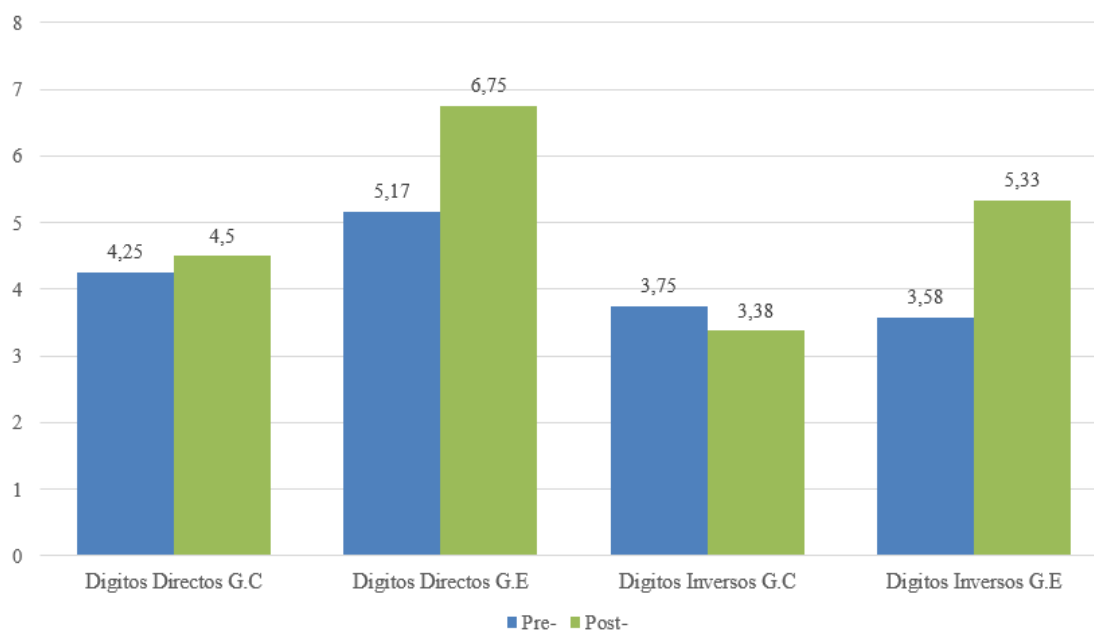
Resultados

Los datos obtenidos en el SPSS se analizan a través de una comparación de medias para comprobar si existen diferencias significativas entre el grupo experimental y control respecto a las variables de atención, memoria, lenguaje, orientación y funciones ejecutivas en las medidas pre- y post-.

En primer lugar, no hay diferencias significativas de medias en la dimensión dígitos directos en la medida pre- entre ambos grupos ($t(18)=1.19, p=0.249$); ni en dígitos inversos ($t(18)=-0.27, p=0.789$). Respecto a las medidas post-, hay diferencias significativas en la dimensión dígitos directos entre ambos grupos ($t(18)=4.25, p=0.000$); y en la dimensión dígitos inversos ($t(18)=3.53, p=0.002$). En conclusión, hay una mejora significativa en la atención y memoria de trabajo al realizar la rehabilitación neuropsicológica, ya que obtiene una mayor puntuación el grupo experimental, tal como se muestra en la Figura 1.

Figura 1

Comparación de la Atención y Memoria de trabajo pre- y post- en G.C y G.E



En segundo lugar, no hay diferencias significativas de medias en la medida pre- en la dimensión memoria verbal inmediata entre ambos grupos ($t(18)=0.34, p=0.736$); ni en recuerdo libre total ($t(18)=0.68, p=0.506$); ni en recuerdo verbal total ($t(18)=1.54, p=0.140$); ni en recuerdo verbal libre diferido ($t(18)=0.49, p=0.632$); y, ni en recuerdo verbal total diferido ($t(18)=1.48, p=0.155$). Asimismo, tampoco hay diferencias de medias en la medida pre- en las dos dimensiones de memoria visual, ni en memoria visual inmediata ($t(18)=-0.35, p=0.729$); y, ni en memoria visual diferida ($t(18)=-0.44, p=0.665$).

Respecto a las medidas post-, hay diferencias significativas en la dimensión memoria verbal inmediata entre ambos grupos ($t(18)=3.67, p=0.002$); en recuerdo libre total ($t(18)=4.97, p=0.000$); en recuerdo verbal total ($t(18)=5.29, p=0.000$); en recuerdo verbal libre diferido ($t(18)=6.04, p=0.000$); y, en recuerdo verbal total diferido ($t(18)=6.12, p=0.000$), como se muestra en la Figura 2. Asimismo, también hay diferencias de medias en la medida post- en las dos dimensiones de memoria visual, en memoria visual inmediata ($t(18)=2.20, p=0.041$); y, en memoria visual diferida ($t(18)=2.18, p=0.042$), como se refleja en la Figura 3. En conclusión, hay una mejora significativa en todas las dimensiones de memoria tanto visual como verbal al realizar la rehabilitación neuropsicológica.

Figura 2

Comparación Memoria Verbal en G.C y G.E medida post-

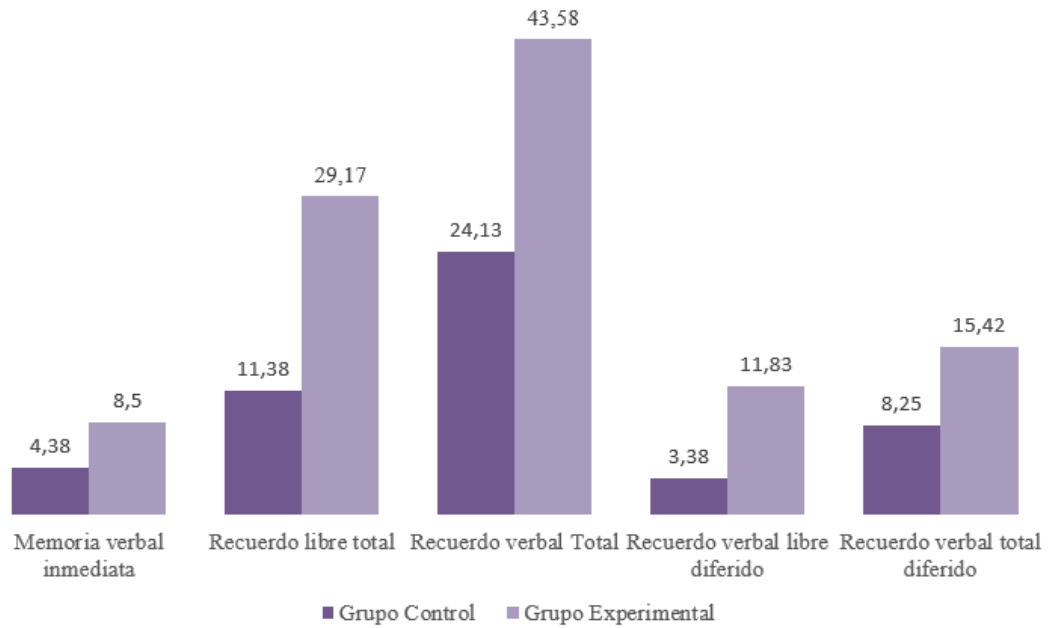
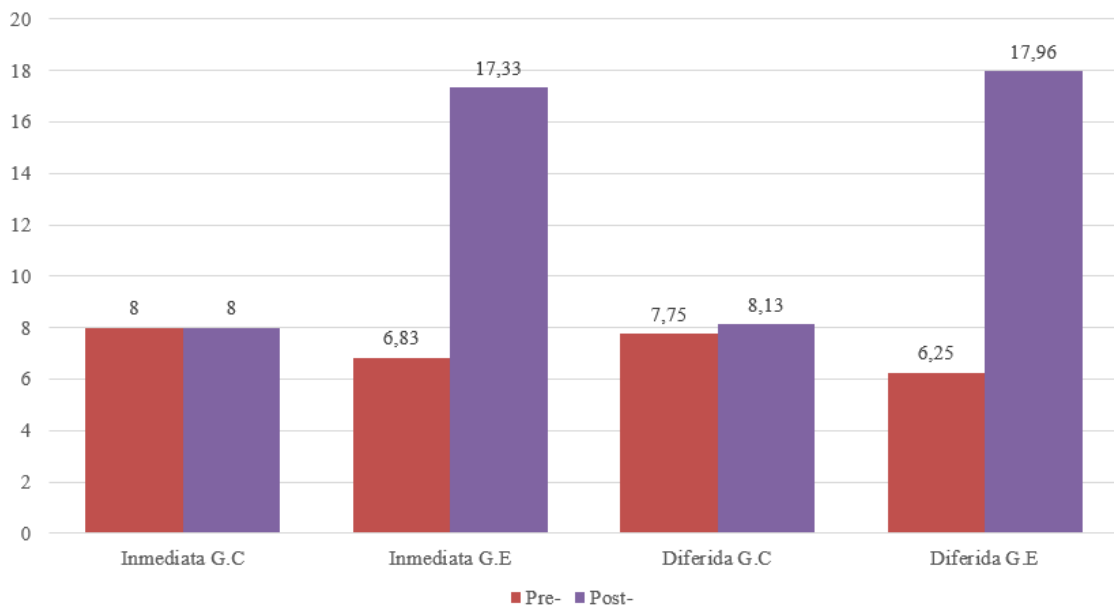


Figura 3

Comparación de la Memoria Visual pre- y post- en G.C y G.E

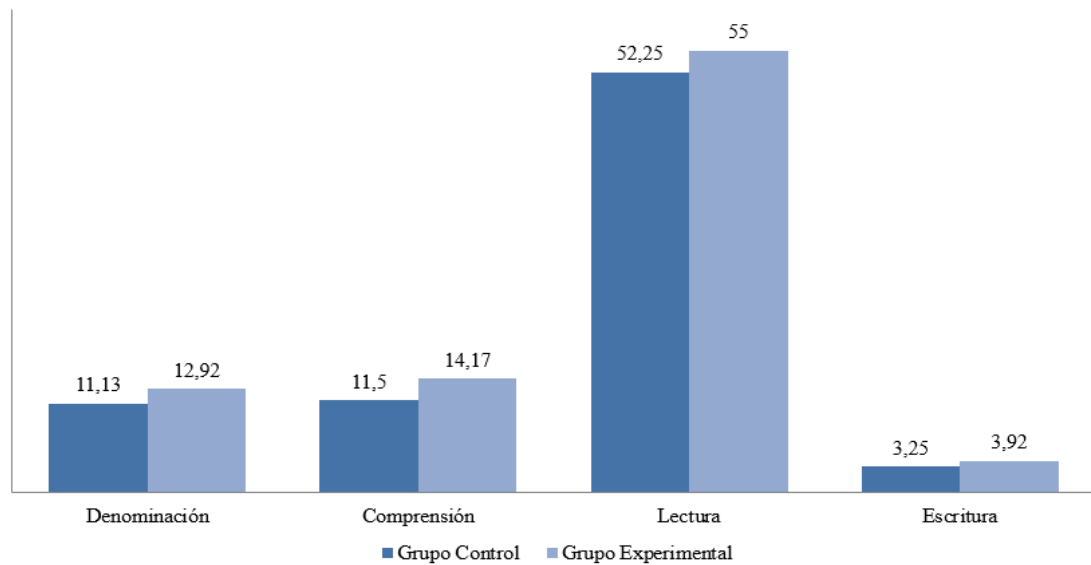


En tercer lugar, no hay diferencias significativas de medias en la medida pre- en la dimensión denominación entre ambos grupos ($t(18)=1.17, p=0.256$); ni en comprensión ($t(18)=-0.59, p=0.560$); ni en lectura ($t(18)=-0.31, p=0.762$); y, ni en escritura ($t(18)=-0.16, p=0.871$).

Respecto a las medidas post-, hay diferencias significativas en la dimensión denominación entre ambos grupos ($t(18)=2.41, p=0.027$); en comprensión ($t(18)=2.27, p=0.036$); y, en lectura ($t(18)=3.63, p=0.002$); por el contrario, no hay diferencias significativas en escritura ($t(18)=1.16, p=0.260$) puntuando similar ambos grupos, como se muestra en la Figura 4. En conclusión, hay una mejora significativa en todas las dimensiones de lenguaje al realizar la rehabilitación neuropsicológica, a excepción de la dimensión escritura.

Figura 4

Comparación Lenguaje G.C y G.E en medida post-

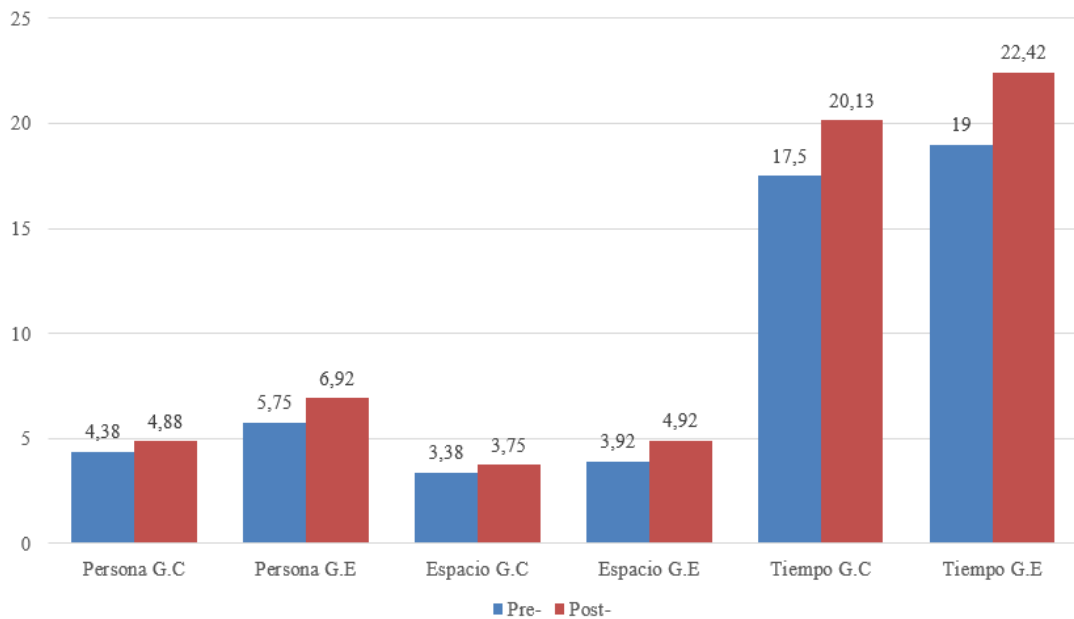


En cuarto lugar, no hay diferencias significativas de medias en la medida pre- en la dimensión orientación persona entre ambos grupos ($t(18)=1.92, p=0.070$); ni en espacio ($t(18)=0.88, p=0.391$); y, ni en tiempo ($t(18)=0.69, p=0.498$).

Respecto a las medidas post-, hay diferencias significativas en la dimensión orientación persona entre ambos grupos ($t(18)=2.38, p=0.003$); en espacio ($t(18)=2.27, p=0.006$); y en tiempo ($t(18)=2.11, p=0.049$), aunque en este último caso no de forma tan significativa como en las otras 2 dimensiones de orientación, tal y como se muestra en la Figura 5. En conclusión, hay una mejora significativa en las dimensiones de orientación al realizar la rehabilitación neuropsicológica.

Figura 5

Comparación Orientación pre- y post- en G.C y G.E

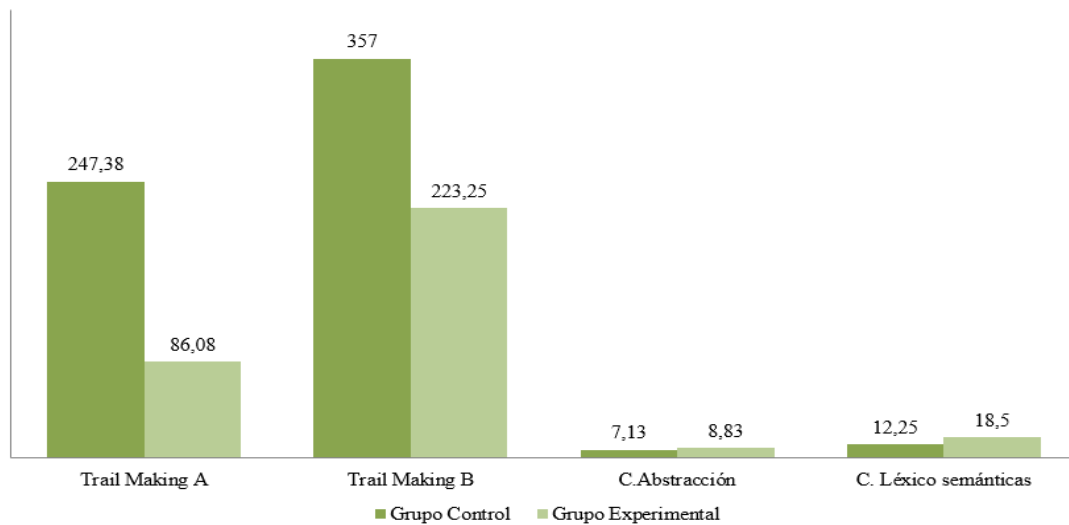


Por último, respecto a la medida pre- en la dimensión de funciones ejecutivas del Trail Making A no hay una diferencia significativa entre las medias de ambos grupos ($t(18)=-1.73$, $p=0.101$); ni en el Trail Making B ($t(18)=0.07$, $p=0.941$); ni en capacidades de abstracción ($t(18)=0.86$, $p=0.399$); y, ni en capacidades léxico-semánticas ($t(18)=0.42$, $p=0.682$).

Respecto a las medidas post-, hay diferencias significativas en la dimensión de funciones ejecutivas del Trail Making A entre ambos grupos ($t(18)=-2.46$, $p=0.024$); y en el Trail Making B ($t(18)=-1.66$, $p=0.015$); en este caso tanto en el Trail Making A como en el B, el tener una puntuación más baja está vinculado con un mejor rendimiento en este apartado, por lo que el llevar a cabo la rehabilitación ha conllevado a una disminución del tiempo empleado, mejorando de esta manera el resultado. Por otra parte, también se muestran diferencias significativas en capacidades de abstracción ($t(18)=3.08$, $p=0.006$); y en capacidades léxico-semánticas ($t(18)=2.99$, $p=0.008$). En conclusión, hay una mejora significativa en todas las dimensiones de funciones ejecutivas al realizar la rehabilitación neuropsicológica, como se refleja en la Figura 6.

Figura 6

Comparación de medias post en Funciones Ejecutivas



Asimismo, se analizó mediante la ANOVA de medidas repetidas si la edad influye en la mejora del pre al post en el grupo experimental.

En primer lugar, en cuanto a la dimensión atención y memoria de trabajo, hay diferencias entre las medidas del pre y del post en dígitos directos, ($F(1,00, 10,00)=16,85$, $p=0,002$, $\eta^2=0,63$), puntuando la medida post ($M=6,75$, $DT=1,14$) más alto que la medida pre ($M=5,17$, $DT=2,08$); y, en dígitos inversos, ($F(1,00, 10,00)=8,80$, $p=0,014$, $\eta^2=0,47$), puntuando la medida post ($M=5,33$, $DT=1,30$) más alto que la medida pre ($M=3,58$, $DT=1,56$). En conclusión, la edad a la que se lleva a cabo la rehabilitación cognitiva influye en la mejora de las puntuaciones en la dimensión de atención y memoria de trabajo.

En segundo lugar, respecto a la dimensión de memoria verbal cuando no se proporcionan pistas, hay diferencias estadísticamente significativas entre las medidas del pre y del post en memoria verbal inmediata, ($F(1,00, 10,00)=9,33$, $p=0,012$, $\eta^2=0,48$), puntuando la medida post ($M=8,50$, $DT=2,84$) más alto que la medida pre ($M=4,67$, $DT=2,77$); en recuerdo libre total ($F(1,00, 10,00)=8,02$, $p=0,018$, $\eta^2=0,44$), puntuando la medida del post ($M=29,17$, $DT=8,42$) más alto que la medida del pre ($M=13,92$, $DT=8,60$); y, en recuerdo libre diferido ($F(1,00, 10,00)=6,94$, $p=0,025$, $\eta^2=0,41$), puntuando la medida del post ($M=11,83$, $DT=2,76$) más alto que la medida del pre ($M=4,42$, $DT=3,78$). Por otra parte, cuando se facilitan pistas a los participantes, no se producen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas del pre y del post en recuerdo total ($F(1,00, 10,00)=0,00$, $p=0,996$, $\eta^2=0,00$); y, ni en recuerdo total diferido ($F(1,00, 10,00)=0,92$, $p=0,361$, $\eta^2=0,08$). En relación a la dimensión de memoria visual, hay diferencias estadísticamente significativas entre las medidas del pre y del post en memoria visual inmediata ($F(1,00, 10,00)=11,82$, $p=0,006$, $\eta^2=0,54$), puntuando la medida del post ($M=17,33$, $DT=9,52$) más alto que la medida del pre ($M=6,83$, $DT=5,63$); y, en memoria visual diferida ($F(1,00, 10,00)=8,34$, $p=0,016$, $\eta^2=0,46$), puntuando la medida del post ($M=17,96$, $DT=10,00$) más alto que la medida del pre ($M=6,25$, $DT=6,17$). En conclusión, la edad a la que se lleva a cabo la rehabilitación neuropsicológica influye en la mejora tanto de la memoria visual como verbal, a excepción de cuando en esta última se facilitan pistas, en la cual la edad no parece que influya.

En tercer lugar, respecto a la dimensión de lenguaje, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las medidas del pre y del post en denominación ($F(1,00, 10,00)=0,86$, $p=0,377$, $\eta^2=0,08$); ni en comprensión ($F(1,00, 10,00)=0,14$, $p=0,718$, $\eta^2=0,01$); y, ni en

lectura ($F(1.00, 10.00)=4.62, p=0.057, \eta^2=0.32$). En cambio, si habría diferencias estadísticamente significativas entre las medidas del pre y del post en escritura ($F(1.00, 10.00)=6.05, p=0.034, \eta^2=0.38$), puntuando la medida del post ($M=3.92, DT=0.99$) más alto que la medida del pre ($M=3.07, DT=0.89$). En conclusión, la edad a la que se lleva a cabo la rehabilitación cognitiva no influye en la mejora de 3 de las 4 dimensiones del lenguaje; exceptuando la dimensión de escritura donde sí parece que se produzca una influencia de la edad en la mejora.

En cuarto lugar, en cuanto a la dimensión de orientación, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las medidas del pre y del post en orientación en persona controlando la edad ($F(1.00, 10.00)=2.72, p=0.130, \eta^2=0.21$); ni en espacio ($F(1.00, 10.00)=0.04, p=0.852, \eta^2=0.01$); y, ni en tiempo ($F(1.00, 10.00)=0.00, p=0.984, \eta^2=0.00$).

En conclusión, la edad a la que se lleva a cabo la rehabilitación neuropsicológica no influye en la mejora de las puntuaciones en las 3 dimensiones de la orientación.

Por último lugar, respecto a la dimensión de las funciones ejecutivas, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las medidas del pre y del post en Trail Making A ($F(1.00, 10.00)=0.69, p=0.425, \eta^2=0.06$); ni en el Trail Making B ($F(1.00, 10.00)=1.09, p=0.320, \eta^2=0.10$); y, ni en capacidades de abstracción ($F(1.00, 10.00)=0.22, p=0.647, \eta^2=0.02$). En cambio, en cuanto a las capacidades léxico-semánticas hay diferencias estadísticamente significativas entre las medidas del pre y del post ($F(1.00, 10.00)=5.34, p=0.044, \eta^2=0.35$), puntuando la medida del post ($M=18.50, DT=3.85$) más alto que la medida del pre ($M=12.25, DT=3.96$). En conclusión, la edad a la que se lleva a cabo la rehabilitación cognitiva no influye en la mejora de las puntuaciones en 3 de las 4 dimensiones de las funciones ejecutivas; únicamente en la dimensión de las capacidades léxico-semánticas donde sí parece que influye la edad.

Discusión y conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo comprobar la eficacia de la rehabilitación neuropsicológica en pacientes con DCA.

De los resultados obtenidos, son dos los principales análisis que se pueden obtener de dicho estudio. Por un lado, se ha evaluado si los participantes pertenecientes al grupo experimental muestran una mejoría en los resultados tras realizar durante 4 meses una rehabilitación neuropsicológica en comparación con aquellos pacientes pertenecientes al grupo control, y que, por tanto, no la han llevado a cabo. Y, por otro lado, se ha analizado si en el grupo experimental, la mejora de las puntuaciones de las medidas pre a las medidas post se ha visto influenciada por la edad.

Respecto al primero de los análisis, los resultados encontrados manifiestan una mejoría significativa en aquellos pacientes que han realizado la rehabilitación neuropsicológica en comparación con los que no la han llevado a cabo, en todas las dimensiones analizadas. Esto indica que la rehabilitación neuropsicológica es eficaz para mejorar el desempeño de las funciones cognitivas en pacientes con DCA, lo cual coincide con el estudio realizado por Bonilla Santos, González Hernández, Amaya Vargas, Ríos Gallardo, & Bonilla Santos (2016).

Los resultados obtenidos en la presente investigación manifiestan de forma concreta una mejora en la dimensión de la memoria, coincidiendo con los hallazgos de De los Reyes Aragón, Rodríguez Díaz, Sánchez Herrera, & Gutiérrez Ruíz (2013). En relación, se encuentra el estudio realizado por Solís-Marco, Castellano Guerrero, Domínguez Morales, & León Carrión (2014), quienes encontraron una mejora significativa en la memoria a corto plazo; mientras que en la memoria a largo plazo y funciones ejecutivas las mejoras significativas se observaron en el tercer y segundo mes respectivamente. En la presente investigación únicamente podemos ver que ha habido una mejora en dichas áreas, pero no en el mes en el que se dan.

En cuanto a la mejora significativa en la dimensión atención, se encuentran estudios que avalan dicha mejora por medio de la rehabilitación neuropsicológica con León Carrión (2011); y, Bonilla Santos, González Hernández, Amaya Vargas, Ríos Gallardo, & Bonilla Santos (2016).

En relación a la dimensión del lenguaje, en la investigación presente la mejora ha sido significativa en 3 de los 4 parámetros que se han analizado, ya que el único en el que no ha habido mejora ha sido en la escritura. En referencia a estos datos obtenidos, se encuentra el estudio realizado por León Carrión (2011), en el cual se muestra una mejoría en las puntuaciones de lenguaje de forma general, no haciendo distinciones por parámetros, como si se ha realizado en la presente investigación.

El avance en los resultados de la dimensión funciones ejecutivas coincide con el estudio realizado por Martínez-Martínez, Aguilar-Mejía, Martínez Villar, & Mariño García, (2014).

Por último, el área de orientación muestra una mejora tanto en persona, espacio y en menor manera en tiempo, no pudiéndose comparar con estudios previos por falta de investigación en esta área.

Respecto al segundo de los análisis, se ha podido demostrar en el grupo experimental la influencia de la edad en la mejora de las puntuaciones del pre al post en las funciones cognitivas de memoria sin la facilitación de pistas tanto verbal como visual; en la atención tanto directa como inversa; en funciones ejecutivas, únicamente en la dimensión de capacidades léxico-semánticas; y, en lenguaje, aunque exclusivamente en la dimensión de escritura. Por otra parte, no se ha demostrado una influencia de la edad en la mejora de las puntuaciones en ninguna de las dimensiones de la orientación; ni en 3 de las 4 dimensiones de las funciones ejecutivas; y, ni en 3 de las 4 dimensiones del lenguaje. En relación con dichos datos, en los estudios realizados por Puerta Cortés (2017) y por García Molina, Roig Rovira, Enseñat Cantallops, & Sánchez Carrión (2014), manifiestan que uno de los mejores predictores en la mejora de las funciones cognitivas alteradas tras un DCA es la edad, demostrando la relación existente entre la edad y la rehabilitación neuropsicológica con la mejora en el área de memoria, atención y funciones ejecutivas. En relación a la investigación realizada coincide con lo manifestado por el estudio, ya que tanto en memoria como en atención se manifiesta una influencia de la edad en la mejora; aunque en el caso de la mejora en las funciones ejecutivas, esta influencia solo se manifiesta en una de sus dimensiones. En referencia a las áreas cognitivas de lenguaje y orientación en las cuales no parece influir la edad, no se encuentran estudios que lleven a cabo dicha investigación para poder compararlos.

Por otra parte, los resultados deben ser analizados teniendo en cuenta algunas limitaciones y futuras líneas de investigación.

En primer lugar, el corto tiempo de duración de la intervención, que, aunque muestra unos resultados satisfactorios en este aspecto, sería recomendable realizar una intervención durante un tiempo más prolongado, así como llevar a cabo un seguimiento de su proyección.

En segundo lugar, el tamaño de la muestra, ya que al ser un tamaño reducido el número de pacientes analizados hacen que estos resultados solo se puedan generalizar por el momento tanto a este tipo de población como a la duración empleada en la intervención. Una recomendación en este sentido, sería llevar a cabo en un futuro diseños experimentales que posean unas muestras más grandes.

En tercer lugar, al ser la muestra reducida, no se han podido utilizar más estadísticos o analizar otras variables que hubiesen sido interesantes como el género y la patología de DCA sufrida por el paciente en comparación con la diferencia de efectividad que pudiesen haber experimentado.

Y, asimismo, falta información relativa al perfil clínico de los participantes (estatus funcional, tiempo transcurrido desde el DCA, procedencia, etc.), que sería conveniente tener en cuenta en futuras investigaciones por su posible influencia sobre los resultados que se obtengan.

Otra posible limitación es la heterogeneidad en el procedimiento de rehabilitación, ya que no se ha aplicado un programa estándar a todos los participantes por igual, aunque se ha realizado de esta manera con el objetivo de mejorar las áreas que se encontrasen más afectadas en el participante, adaptando por ello la intervención a la persona.

En conclusión, la rehabilitación neuropsicológica en pacientes con DCA es eficaz para la mejora de las funciones cognitivas que se hayan visto alteradas como la atención, memoria, lenguaje, orientación y funciones ejecutivas. Concretamente, según los hallazgos encontrados realizar una rehabilitación neuropsicológica y la edad en la que se lleve a cabo se asocia con una mejor respuesta al tratamiento. Por ello, se infiere que tras un DCA es necesario la realización de la rehabilitación neuropsicológica dirigida a mejorar las áreas cognitivas que se hayan visto afectadas, siendo fundamental de esta manera la inclusión de tratamientos neuropsicológicos especializados en los distintos programas multidisciplinares de rehabilitación del daño cerebral.

Estos resultados deben servir para ampliar la concepción que se tiene sobre la plasticidad cerebral con su potencial de recuperación cognitiva después de sufrir un DCA, por lo que esto sugiere la necesidad de resaltar el importante papel que juega la rehabilitación neuropsicológica para que de esta forma sea más visible, ya que dicha rehabilitación ayuda a guiar en la mejora de la plasticidad. En este sentido, el uso de técnicas de neuroimagen puede aportar una medida objetiva que evalúe la efectividad de la rehabilitación neuropsicológica.

Referencias

- Bonilla Santos, J., González Hernández, A., Amaya Vargas, E., Ríos Gallardo, Á., & Bonilla Santos, G. (2016). Resultados de un programa de rehabilitación neurocognitiva en pacientes con secuelas de trauma craneoencefálico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(2), 113-122. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272016000200005>
- Brocalero, Á., & Pérez, Y. (2013). Proceso de Rehabilitación Cognitiva en un Caso de Traumatismo Craneoencefálico. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 177-185.
- Buschke. (1984). Test de memoria libre y selectivamente facilitado (FCSRT).
- Carvajal-Castrillón, J., & Restrepo P., A. (2013). Fundamentos teóricos y estrategias de intervención en la rehabilitación neuropsicológica en adultos con daño cerebral adquirido. *Revista CES Psicología*, 6(2), 135-148.
- Chung C, P. A. (2013). Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult nonprogressive acquired brain damage. *Stroke*, 44(7), 77-78.
- Cumming, T., Marshall, R., & Lazar, R. (2013). Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. *Journal of Stroke*, 8(1), 38-45.
- De los Reyes Aragón, C. J., Rodríguez Díaz, M., Sánchez Herrera, A., & Gutiérrez Ruíz, K. (2013). Utilidad de un programa de rehabilitación neuropsicológica de la memoria en daño cerebral adquirido. *Liberabit*, 19(2), 181-194.
- García Molina, A., López-Blázquez, R., García Rudolph, A., Sánchez Carrión, R., Enseñat Cantallops, A., & Roig Rovira, T. (2015). Rehabilitación cognitiva en daño cerebral adquirido: variables que median en la respuesta al tratamiento. *Rehabilitación*, 49(3), 144-149. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2015.02.002>
- Gutiérrez Cabello, L. (2013). Comportamiento cognitivo y afectivo en un grupo de pacientes con ictus. *Revista de Neurología*, 32(2), 45-71.
- León Carrión, J., Machuca Murga, F., Murga Sierra, M., & Domínguez Morales, R. (2011). Eficacia de un programa de tratamiento intensivo, integral y multidisciplinar de pacientes con traumatismo craneoencefálico. *Revista Neurología*, 33(4), 377-383. <https://doi.org/10.33588/rn.3304.2000196>

- Levine, B., Schweizer, T., O'Connor, C., Turner, G., Gillingham, S., Stuss, D., Manly, T. (2011). Rehabilitation of executive functioning in patients with frontal lobe brain damage with goal management training. *Frontiers in Human Neuroscience*, 5(9).
- Lezak, M. D. (2013). *Neuropsychological Assessment (Fifth Edition)*. Oxford University Press.
- Martínez-Martínez, A. M., Aguilar-Mejía, O., Martínez Villar, S., & Mariño García, D. (2014). Caracterización y efectividad de programas de rehabilitación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en pacientes con daño cerebral adquirido: una revisión. *13(3)*, 1147-1160. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.cepr>
- McDonald, S. (2013). Impairments in Social Cognition Following Severe Traumatic Brain Injury. *The International Neuropsychological Society*, 19(3), 231-246.
- Moore Sohlberg, M., & Mateer, C. (2017). *Cognitive Rehabilitation an integrative neuropsychological approach*. The Guilford Press.
- Partington. (1983). Trail Making Test.
- Peña-Casanova. (1991). Test de Barcelona.
- Puerta Cortés, D. (2017). *Psicología y neurociencias: acercamientos y aplicaciones*. Ediciones Unibagué
- Rabinowitz, A., & Levin, H. (2014). Cognitive Sequelae of Traumatic Brain Injury. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(1), 1-11.
- Rey, A. (1959). Test de Copie et Reproduction de Mémoire de Figures Géométriques Complexes.
- Ríos-Gallardo, Á., Bonilla-Santos, G., Bonilla-Santos, J., González-Hernández, A., & Amaya-Vargas, E. (2016). Resultados de un programa de rehabilitación neurocognitiva en pacientes con secuelas de trauma craneoencefálico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(2), 113-122. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272016000200005>
- Sharp, D., Scott, G., & Leech, R. (2014). Network dysfunction after traumatic brain injury. *Nature Reviews Neurology*, 10(3), 156-166.
- Solís-Marco, I., Castellano Guerrero, A., Domínguez Morales, R., & León Carrión, J. (2014). Predictors of the recovery of cognitive functions in patients with traumatic brain injury. *Revista de Neurología*, 58(7), 296-302.
- Strauss, E., Sherman, E.M.S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests*. Oxford University Press.
- Van Heugten C., G. G. (2013). Evidence-based cognitive rehabilitation after acquired brain injury: a systematic review of content of treatment. *Neuropsychological Rehabilitation*, 22(5), 653-673.
- Vanderploeg, R. (2014). *Clinician's Guide To Neuropsychological Assessment*. Psychology Press.
- Vara Arias, T., & Rodríguez Palero, S. (2017). Tratamiento rehabilitador en el paciente infantojuvenil con daño cerebral adquirido. *Neurología*, 64(3), 1-7. <https://doi.org/10.33588/rn.64S03.2017156>
- Wall, G., Turner, A. & Clarke, R. (2013). Evaluation of neuropsychological rehabilitation following severe traumatic brain injury: A case report. *Neurocase: The Neural Basis of Cognition*, 19(6), 530-541. <http://dx.doi.org/10.1080/13554794.2012.701642>
- Wechsler. (1987). Prueba de dígito a de dígitos directos e indirectos y Letras y Números del WAIS-III.
- Wood, R., & McMillan, T. (2013). *Neurobehavioural*. Psychology Press.

Fecha de recepción: 29/03/2021
Fecha de revisión: 31/05/2021
Fecha de aceptación: 20/07/2021