



REVISTA DIGITAL

1^{ER} CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL ISEP

“La psicología de hoy: nuevas competencias
y herramientas en tiempo de crisis”

Revista digital del 1er Congreso Internacional Virtual de ISEP: "La psicología de hoy: nuevas competencias y herramientas en tiempo de crisis"

© Autores de las comunicaciones

1a edición, Barcelona 2020

Edita: ISEP Editorial

ISBN: 978-84-09-21075-6

ÍNDICE

■ Presentación	Pág. 7
■ Comité Científico	Pág.9
■ Entidades Colaboradoras	Pág.10
■ Equipo ISEP	Pág.12

CONFERENCIAS

■ Estrés y ansiedad: El papel del eje intestino-cerebro y la microbiota intestinal en tiempos de crisis. Raúl Espert.	Pág. 13
■ Intervención psicológica en tiempos de pandemia. Sònia Cervantes.	Pág. 14
■ Neuroderecho y Neuropsicología Forense. Eric García López.	Pág. 15
■ Las estrategias de la psicoterapia conductual cognitiva en situaciones de crisis y emergencias. José Anicama y RuthPizarro.	Pág. 16
■ Adicciones: nuevos retos en la intervención. José Antonio Molina.	Pág. 17
■ Resiliencia y crecimiento postraumático en tiempos de una crisis globalizada. Jorge Barudy.	Pág. 18
■ Neuroeconomía: Toma de decisiones, análisis y aplicación en tiempos de COVID-19. Jorge Palacios.	Pág. 19
■ Prevención de problemas internalizados y externalizados en niños. El papel de los estilos parentales en el siglo XXI. Jaime Humberto Moreno.	Pág. 20
■ El juego como modificador de conducta de la emoción de adultos en el cuidado infantil. Andrés Mauricio Santacoloma.	Pág. 21
■ El trauma en la población y en los profesionales. Anabel González.	Pág. 22
■ Ansiedad e incertidumbre ante la situación actual: Prevención de la depresión. Ana Villarrubia.	Pág. 23
■ Retos del coaching educativo en tiempos de cambio. Juan Fernando Bou.	Pág. 24
■ Inteligencia Emocional, asignatura indispensable en tiempos de crisis. Pablo Fernández Berrocal.	Pág. 25

TALLERES

■ La familia como agente coregulador de las emociones de los niños/adolescentes en situaciones de crisis. Carme Crespo.	Pág. 26
■ La Terapia Online: ¿Cómo mantener la confidencialidad de mis pacientes?. Ivan Alsina.	Pág. 27
■ Prevención de la violencia y el acoso escolar. Programa TEI. Andrés Bellido.	Pág. 28

- La discapacidad intelectual en tiempo de crisis y en contexto forense. Joan Deus. Pág.29
- Regulación emocional, Apego y Psicoterapia. Raquel Molero. Pág. 30
- Psicología, ¿qué va a necesitar el mundo que viene de nuestra disciplina? Trauma, duelo y nuevos contextos. Ana Saz. Pág. 31
- Vuelta al colegio: Labor de todos (Atención a las Necesidades Educativas en la situación actual). Eva López. Pág.33
- Manejo de conductas suicidas en curso y apoyo a familiares en el inicio de duelo por suicidio. Pedro Martín Barraón. Pág. 34

COMUNICACIONES

Estrategias de intervención en el paciente adulto

- **Comunicación 1.** Intervención psicológica en comunicación asertiva asistida con perros en un centro terapéutico de adicciones: Proyecto "Cans de Projecte Home". Gema Hérnandez Molina y Adela Marmy Morcillo. Pág. 36
- **Comunicación 2.** Marco teórico y propuesta y de tratamiento para el sentido en la vida: una revisión sistemática. Manuel Frías Rico e Inés Bárcenas Taland. Pág. 38
- **Comunicación 3.** Importancia de la evaluación neuroconductual en la rehabilitación. Alberto Bonilla Miralles. Pág. 40
- **Comunicación 4.** Efectividad de los tratamientos psicológicos para la amaxofobia. Sonia Rojas. Pág. 42
- **Comunicación 5.** Dolor Crónico y calidad de vida: intervención psicoterapéutica de grupo en el ámbito de atención primaria. Gonzalo Rey Hernández, Amaia Irazabal Bengoa y Margarita López Noche. Pág. 44
- **Comunicación 6.** Adaptación breve de la terapia dialéctica comportamental aplicada a familiares de personas con TLP. Sara Fonseca-Baeza, Verónica Guillén Botella, Heliodoro Marco Salvador, Amparo Navarro Sánchez, Isabel Fernández, Amanda Díaz, Azucena García-Palacios, Cristina Botella y Rosa María Baños Rivera. Pág. 46
- **Comunicación 7.** Tratamiento del sentido vital durante la situación COVID-19: efecto reductor y amortiguador de sintomatología. Manuel Frías Rico e Inés Bárcenas Taland. Pág.48
- **Comunicación 8.** Implementación de "Family Connections" en una asociación de familiares de personas con trastorno de personalidad. Sara Fonseca-Baeza, Verónica Guillén Botella, Heliodoro Marco Salvador, Isabel Fernández, Amanda Díaz, Azucena García-Palacios, Cristina Botella y Rosa María Baños Rivera. Pág. 51
- **Comunicación 9.** La relevancia del padre ausente en el establecimiento de relaciones a lo largo de la vida. Paula María Marco Coscujuela. Pág. 54
- **Comunicación 10.** La violencia de género, ¿qué podemos hacer los profesionales de la psicología?. Carlota Inés Sumillera Diéguez, María Fernández Gordo y Jorge Iglesias Fernández. Pág. 56
- **Comunicación 11.** Propuesta de grupo psicoterapéutico en hospital de día de trastornos de la conducta alimentaria. Aida Fernández Lara, Daniel Barcenilla Barcenilla y Gonzalo Rey Hernández. Pág. 58

Prevención y promoción de la salud emocional

- **Comunicación 12.** Intervención para la prevención y promoción de la salud emocional en personas con discapacidad intelectual. Isabel Margarita Borrego Hernández, Isabel Cuadrado Gordillo y Guadalupe Martín-Mora Parra. Pág.61
- **Comunicación 13.** Grupo de regulación emocional en un dispositivo de rehabilitación psicosocial. María Fernández Gordo, Carlota Inés Sumillera Diéguez, Carmen Aparicio Gómez y Rocío Bouza Fustes. Pág. 63

- **Comunicación 14.** Relación entre estilos de apego y regulación emocional. Marina Hanoos López. Pág. 66
- **Comunicación 15.** Estudio de una intervención grupal basada en solución de problemas para prevenir depresión en adultos. Emy Ardila Charry y Oscar Mauricio Gallego Villa. Pág. 67
- **Comunicación 16.** PRED: prevenir depresión, un programa de educación en salud mental. Facundo Muhana Calvo. Pág. 68
- **Comunicación 17.** Intervención snoezelen y bienestar emocional. María José Cid Rodríguez. Pág. 69
- **Comunicación 18.** Conectividad social: de factor promotor de bienestar emocional a conducta de riesgo para cyberbullying. Inmaculada Fernández Antelo e Isabel Cuadrado Gordillo. Pág. 70
- **Comunicación 19.** Entrenamiento en respiración sonora totus alternativa terapéutica para la intervención del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Olga Lucía Correa Angel. Pág. 72
- **Comunicación 20.** Escala creciendo fuertes para medir las virtudes y fortalezas del carácter en la adolescencia: estudio psicométrico. Diego García-Álvarez. Pág. 74
- **Comunicación 21.** Habilidades de la Inteligencia Emocional y procrastinación académica en estudiantes universitarios de la carrera de psicología. Deigo García-Álvarez Pág. 76
- **Comunicación 22.** Acogimiento residencial de menores: una experiencia de intervención en tiempos del COVID-19. Beatriz Galván Martínez. Pág. 78
- **Comunicación 23.** La gestión de la disciplina escolar exige cambios en el perfil participativo de los padres de familia. Rosalba Zamudio Villafuerte. Pág. 80

Atención en crisis y situaciones de emergencia

- **Comunicación 24.** Asistencia psicológica a profesionales sanitarios en tiempos de crisis: a propósito de un caso. Paloma Ruiz Sastre. Pág. 81
- **Comunicación 25.** Respuestas educativas justas en tiempos de aislamiento social. Francisco Samuel Mendoza Moreira. Pág. 83
- **Comunicación 26.** Entendiendo la crisis a través de la "R" y la "O". María Pacheco Pedrero y Carlos Efren Álvarez Chávez. Pág. 84

Duelo

- **Comunicación 27.** El duelo en la amputación de un miembro. Patricia Rodríguez Jiménez. Pág. 85
- **Comunicación 28.** Duelo por la madre no muerta: estudio de caso único. Amalia Rodríguez Rodríguez. Pág. 88

Trauma y resiliencia

- **Comunicación 29.** Fomentando la resiliencia en tiempos de crisis: la escritura como herramienta terapéutica. Rocío Bouza Fustes. Pág. 90

Psicooncología y cuidados paliativos

- **Comunicación 30.** Atención psicológica en el enfermo terminal. Patricia Rodríguez Jiménez. Pág. 92

Terapia Familiar en los nuevos modelos de familia

- **Comunicación 31.** Los menores de padres separados en momentos de confinamiento. Mariela Checa Caruana. Pág. 95

Estrategias de intervención y prevención con el paciente infantojuvenil

- **Comunicación 32.** Estudio caso clínico de retraso global del desarrollo. María José Gómez Martínez, María Fernández Pág. 96

Ruiz y Marina Fernández Garay.

- **Comunicación 33.** Estudio de un caso de ansiedad social. Jon Asensi Munarriz. Pág. 98
- **Comunicación 34.** Intervención familiar basada en la alianza terapéutica, experiencia en un centro de salud mental infanto-juvenil. Daniel Barcenilla Barcenilla, Aida Fernández Lara, Carmen Aparicio Gómez y Margarita María López Noche. Pág. 100
- **Comunicación 35.** Trabajo con adolescentes diagnosticadas de anorexia nerviosa en un centro de salud mental infantojuvenil. Rocío Bouza Fustes. Pág. 102

Nuevas estrategias de intervención en terapias artísticas

- **Comunicación 36.** The Hartistic Project (arteterapia multidisciplinar): el reto de la resiliencia en contextos de vulnerabilidad social y personal. Assumpta Montserrat Rull. Pág. 104
- **Comunicación 37.** El altar de muertos mexicano como apoyo en procesos de pérdida y duelo. Paloma Landgrave. Pág. 107
- **Comunicación 38.** Creatividad saludable: una perspectiva ontológica de la creatividad. David Viñuales. Pág. 109

Aplicación de las TICs en los ámbitos de la psicología y la educación

- **Comunicación 39.** Evaluación de las necesidades de los centros educativos durante la crisis del COVID-19. Jorge Iglesias Fernández, Amaia Irázabal Bengoa y Carmen Herrera González. Pág. 110
- **Comunicación 40.** Herramientas TICs y nativos digitales: gamificación e innovación del aprendizaje en la escuela 2.0. Guadalupe Martín-Mora Parra e Isabel Borrego Hernández. Pág. 112

La neuropsicología en el ámbito empresarial, forense o educativo

- **Comunicación 41.** Perfil neuroconductual atencional en adolescentes con y sin Trastorno por Déficit con o sin Hiperactividad. Miquel Ginard Puigserver. Pág. 113
- **Comunicación 42.** Potenciación de las capacidades cognitivas a través de las neurociencias y la educación. Vanessa Bedoya Restrepo. Pág. 115

PRESENTACIÓN

Durante el 5, 6 y 7 de mayo, se celebró el 1er congreso internacional virtual de Psicología con el lema "Psicología de hoy: nuevas competencias y herramientas en tiempo de Crisis" alrededor de 900 personas pudimos asistir y aprender con las ponencias y talleres de la mano de profesionales destacados en el ámbito de la psicología y la educación.

Un congreso que nació ante la evidente realidad de poder reflexionar sobre las necesidades emocionales y educativas a los que estamos expuestos tras la convivencia con el Covid -19.

Era necesario (y lo sigue siendo) encontrar un contexto de reflexión como profesionales de la salud para identificar alternativas de intervención y acciones para la prevención ante el trascendental cambio al que estamos expuestos tanto en nuestra identidad, economía, educación y familia.

Vivimos experiencias inolvidables gracias a la complicidad y compromiso de cada uno de los asistentes y también a las actividades llevadas a cabo en el congreso, en tan solo tres días, participamos en 44 comunicaciones, 12 ponencias y 8 talleres.

Fue maravilloso ver las nuevas generaciones de psicólogos realizando excelentes investigaciones, exponiendo con maestría sus experiencias de investigación, casos clínicos, revisiones bibliográficas desde diferentes perspectivas tal y como lo pudimos constatar en las **comunicaciones** llevadas a cabo en el Congreso.

Pasamos de una ponencia a otra casi sin respiro y nos adentramos en diferentes campos de la psicología y educación.

El área de la **psicología infantojuvenil** Carme Crespo llevó a cabo un taller sobre la familia con agente corregulador de las emociones y ponencias.

Desde Colombia, Andrés Mauricio nos devolvió al mundo del niño interior, al mundo del juego como modificador de conducta de la emoción de adultos en el cuidado infantil. Se puso énfasis en el rol de los padres y sus estilos parentales en el s XXI en una interesante ponencia de Jaime Humberto Moreno.

En el abordaje de la práctica en la **psicología clínica**, tuvimos el taller sobre manejo de la conducta suicida por parte de Pedro Martín Barrajón, aprendimos cómo mantener la confidencialidad de los pacientes en la terapia online de la mano de Iván Alsina. Ana Saz nos aportó herramientas sobre Trauma, duelo y nuevos contextos y Raquel Molero desarrolló en su taller el tema de la regulación, apego y psicoterapia.

Pudimos visualizar con claridad pragmática interesante las fases del confinamiento y sus implicaciones emocionales desde la mirada de Sonia Cervantes. El Dr José Anicama, desde Perú, nos llevó a tomar conciencia de la evolución de la psicoterapia a lo largo de la historia hasta nuestros días en tiempos de crisis.

Una crisis que nos obliga a pensar en la temible frontera de las adicciones. Juan José Molina con su ponencia abre perspectivas para el abordaje de esta problemática con el paciente y su familia. Así mismo Ana Villarubio puso el acento en una intervención rápida y eficaz en la terapia como medida preventiva a la ansiedad y depresión.

También nos pusimos al día en el campo de las neurociencias. Raúl Espert inauguró el congreso poniendo en evidencia la conexión entre lo que comemos, su afectación neurobiológica y las consecuencias de emociones y comportamientos.

Conocimos los avances de la Neuropsicología Forense y su revolución en el campo jurídico expuesto con gran claridad por el costarricense Eric García. Pudimos abordar el tema de la discapacidad intelectual en tiempo de crisis y en contexto forense de la mano de otro grande, Joan Deus.

Dentro de este contexto de la neurociencia, desde México, Jorge Raúl Palacios desarrolló el tema de la Neuroeconomía aplicada al consumidor actual, nos adentramos en el cerebro humano durante la toma de decisiones en el momento de la compra.

No podíamos dejar de lado un área muy importante en la sociedad. La EDUCACION. Eva López nos conduce a la toma de consciencia en

la escolarización de nuestros hijos. Tuvimos la oportunidad de trabajar en el tema de Prevención de la violencia y el acoso escolar, con el programa TEI impartido en múltiples países del mundo y desarrollado por Andrés González Bellido y Juan Fernando Bou nos emocionó con los 10 retos del coaching educativo en tiempos de cambio.

Habría sido impensable un congreso de psicología en este contexto de pandemia sin abordar el tema del **trauma y la resiliencia**. Anabel González analiza con detalle no solo el trauma de la población sino de los profesionales. Algo necesario a revisar.

Jorge Barudy, nos invitó a mirar la pandemia desde una perspectiva de la economía neoliberal. Nos devuelve la esperanza entendiendo la condición humana como infinitamente altruista y amorosa y define la resiliencia como **una cría del amor y del impacto terapéutica de la solidaridad**.

Finalizo estas palabras con el agradecimiento a todos los asistentes al congreso y a todo el equipo ISEP que lo hizo posible.

Ginnette Muñoz

Presidenta del Congreso

COMITÉ CIENTÍFICO

El Comité Científico del 1er Congreso Internacional Virtual de ISEP ha estado formado por:

- **Raimon Gaja.** Psicólogo y fundador de ISEP.
- **Fermín Carrillo.** Doctor en educación y director general de ISEP.
- **Ginnette Muñoz.** Psicóloga infantojuvenil y directora académica de ISEP.
- **Erika Tobalina.** Psicóloga y directora de ISEP Barcelona.
- **María Beatriz Pereira.** Psicóloga y directora de proyectos e investigación de ISEP.
- **Ivan Alsina.** Director científico y gerente de Alianzas en Europa Relax.
- **Raquel Ballesteros.** Psicóloga integradora y coach vital.
- **Juan David Leongómez.** Investigador en evolución y comportamiento humano de la Universidad El Bosque de Colombia.
- **David Serrano.** Especialista en neuropsicología.
- **Adriana Aponte Rivera.** Psicóloga y doctora en educación.
- **Isabel Cuadrado.** Catedrática de psicología en la Universidad de Extremadura.
- **Diego Restrepo.** Psicólogo y decano de la facultad de psicología de la Universidad CES de Medellín.
- **Angelina Sosa.** Psicóloga clínica, salubrista y docente universitaria.
- **Sheezeldy Ramírez.** Psicóloga en Recursos Humanos y secretaria de asuntos científicos del Colegio de Psicólogos de Honduras.
- **Cristhian Rodríguez.** Psicólogo, conferencista internacional, coach, creador de Método #Salami y presidente de la Red Científica Peruana de Psicología Organizacional y de Trabajo.
- **Martha Elizabeth González.** Psicóloga Clínica y docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia.
- **Jorge Raúl Palacios.** PhD en psicología, investigador nacional, coach de negocios. Fundador de la Red de Investigación del Comportamiento del Consumidor.
- **María Cristina García.** Presidenta y neurorehabilitadora en AECUM.
- **Julieta Vélez.** Directora de la Escuela de Psicología de la Universidad Anáhuac Puebla y psicóloga especialidad en trastornos de conducta alimentaria.

ENTIDADES COLABORADORAS

Las entidades colaboradoras del 1er Congreso Internacional Virtual de ISEP han sido:

- Asociación Aragonesa de Psicopedagogía.
- Asociación Panameña de Psicólogos.
- Colegio de Psicología de Bizkaia.
- Colegio de Psicología de Honduras.
- Colegio de Psicólogos de Guatemala.
- Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental.
- Colegio Oficial de Psicología de Castilla-La Mancha.
- Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León.
- Colegio Oficial de Psicología de Ceuta.
- Colegio Oficial de Psicología de la Comunitat Valenciana.
- Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.
- Colegio Profesional de Psicología de Aragón.
- Federación de psicólogos de Venezuela.
- Fundación Canaria de Juventud.
- Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Cantabria.
- ISEP Clínic.
- Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra.
- Universidad Anáhuac México.
- Universidad Anáhuac Puebla.
- Universidad Autónoma del Perú.
- Universidad Autónoma Santo Domingo.
- Universidad Católica de Colombia.
- Universidad Católica San Antonio de Murcia.

- Universidad César Vallejo.
- Universidad CES Medellín.
- Universidad de Extremadura.
- Universidad de Morelia.
- Universidad El Bosque.
- Universidad INCCA.
- Universidad Iberoamericana.
- Universidad del Valle de México.

EQUIPO ISEP

El equipo de ISEP que ha hecho posible el 1er Congreso Virtual de ISEP ha sido:

- **Raimon Gaja.** Fundador de ISEP.
- **Fermín Carrillo.** Director general de ISEP.
- **Ginnette Muñoz.** Directora académica de ISEP.
- **Erika Tobalina.** Directora de ISEP Barcelona.
- **Ana Gallego.** Directora de ISEP Madrid.
- **José Francisco Longas.** Director de ISEP Valencia.
- **María Beatriz Pereira.** Directora de proyectos e investigación.
- **Anna Bach.** Directora de Calidad y Operaciones.
- **Miquel Vidal.** Director de Marketing y Ventas.
- **Tony Rojas.** Responsable de Audiovisuales.
- **Marta Macià.** Responsable de Comunicación.
- **Jorge Rodríguez.** Responsable del Campus Virtual ISEP.
- **Manuel Álvarez.** Soporte Técnico.

CONFERENCIA:

ESTRÉS Y ANSIEDAD: EL PAPEL DEL EJE INTESTINO-CEREBRO Y LA MICROBIOTA INTESTINAL EN TIEMPOS DE CRISIS

PONENTE

- **Raúl Espert.** Licenciado y doctor en psicología que cuenta con más de 30 años de experiencia docente a nivel nacional. Experto en trastornos del lenguaje (logopedia), que ha trabajado durante 25 años como neuropsicólogo en 4 hospitales públicos (Hospital Clínic Universitari de València, Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia, Hospital Arnau de Vilanova y Hospital Universitario La Fe de Valencia) diagnosticando y haciendo seguimiento a más de 15.000 pacientes con todo tipo de daño cerebral adquirido, trastornos neurodegenerativos y del neurodesarrollo. Además, es autor de más de 70 publicaciones nacionales e internacionales y de su propio canal de vídeo de Neurociencias.

RESUMEN

En tiempos de confinamiento por la crisis pandémica del COVID-19 como la que vivimos, se hace más necesario que nunca gestionar adecuadamente nuestra reacción al estrés que supone pasar varias semanas sin poder salir de casa y la ansiedad, impotencia o tristeza que ello nos puede generar. Muchos profesionales de la Psicología recomiendan psicoterapia online, ejercicio, dieta sana, higiene del sueño, tomar el sol con moderación, meditación mindfulness y estar en contacto con nuestros seres queridos a través de las nuevas tecnologías para sentirnos mejor, sin embargo ¿podrían determinadas bacterias de la microbiota intestinal a través de la ingesta de pre y probióticos ayudarnos en la gestión del estrés? La evidencia científica del nuevo campo del eje intestino-cerebro y la microbiota intestinal empieza a dar sus frutos, identificando determinados pre y probióticos que, incluidos en la dieta de forma regular, podrían fortalecer nuestro sistema inmunológico (recuerden que el COVID-19 se ceba especialmente sobre personas con leucopenia) y producir sustancias antiinflamatorias que, liberadas en el torrente sanguíneo, cruzarían la barrera hematoencefálica para incrementar los niveles de serotonina y rebajar la CRF (factor liberador de corticotropina), lo que supondría una regulación a la baja (down-regulation) del sistema de respuesta de estrés (bajando los niveles de cortisol y adrenalina y una disminución de la actividad del sistema nervioso autónomo (SNA) simpático. Se trata de un punto de vista dietético que puede servir como coadyuvante a las herramientas clásicas que todo Psicólogo tiene para combatir el estrés y la ansiedad de sus clientes/pacientes.

PALABRAS CLAVE

Estrés, eje intestino-cerebro, sistema nervioso autónomo, sistema inmunológico.

CONFERENCIA: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

PONENTE

- **Sònia Cervantes.** Licenciada en Psicología por la Universitat de Barcelona (UB). Máster en Psicología Clínica y de la Salud (ISEP). Diplomada en Terapia Sexual y de Pareja (IPAB). Diplomada en Terapia Infanto-Juvenil (IPAB). Actualmente ejerce su actividad profesional coordinando el área psicológica de su centro en Barcelona. Sus ámbitos de intervención son la Psicología Clínica, la Terapia Conductual en Adolescentes así como la Terapia Sexual y de Pareja. Compagina su actividad clínica con la divulgación de la psicología en distintos medios de comunicación, charlas, cursos y conferencias. Además es autora de: «Vivir con un adolescente» (Oniro, 2013); «¿Vives o sobrevives?» (Grijalbo, 2016); y «Intensamente» (Grijalbo, 2019).

RESUMEN

Revisamos las etapas emocionales del confinamiento, las secuelas psicológicas del mismo y el papel del psicólogo para hacer frente a los efectos de esta crisis en la salud mental de la población y especialmente en ciertos colectivos.

PALABRAS CLAVE

Fases de confinamiento, psicoterapia, habilidades del terapeuta.

CONFERENCIA: NEURODERECHO Y NEUROPSICOLOGÍA FORENSE

PONENTE

- **Eric García-López.** Director del Doctorado en Neuroderecho y Psicopatología Forense, programa de posgrado conjunto en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y el Instituto Nacional de Ciencias Penales, donde es investigador titular C y miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Doctorado en Psicopatología Forense (Summa Cum Laude por unanimidad) y periodo académico del Doctorado en Neurociencia por la Universidad Complutense de Madrid. Postdoctorado en Evolución y Cognición Humana (EvoCog), en la Unidad Asociada al Instituto de Física Interdisciplinar y Sistemas Complejos (IFISC) de la Universitat de les Illes Balears. Los estudios de doctorado y postdoctorado fueron realizados gracias al apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (convocatoria nacional de becas, CONACYT). Ha sido investigador visitante del Instituto Max Planck de Derecho Penal Internacional, Investigador Titular del Instituto Nacional de Ciencias Penales y Profesor Titular en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es autor y/o coautor de más de 100 publicaciones con evaluación por pares, así como coordinador y coautor de 10 libros especializados, entre ellos: "Fundamentos de Psicología Jurídica y Forense" (2010, Oxford University Press); "Psicopatología Forense. Comportamiento Humano y Tribunales de Justicia" (2014, Manual Moderno) "Psicopatología Forense y Justicia Restaurativa, perspectivas desde el Neuroderecho (2020, Instituto Nacional de Ciencias Penales), entre otros. Es profesor invitado de los posgrados en Psicología Jurídica, Victimología y Psicopatología Forense en universidades de Argentina, Chile, Colombia, España, etc. Miembro del Mental Health, Law & Policy Institute, SFU-Canada; de la División 41 (Forensic Psychology) de la American Psychological Association y de la International Association of Forensic Mental Health. Coordinó y elaboró el plan de estudios de la Maestría en Psicopatología Forense y Sistema de Justicia, donde imparte la asignatura de Neuroderecho, en el Instituto Nacional de Ciencias Penales. Forma parte del comité editorial del Anuario de Psicología Jurídica, es editor asociado de Frontiers in Psychology (specialty section Forensic and Legal Psychology) y forma parte del equipo editorial del Research Topic "Neurolaw: The Call for Adjusting Theory Based on Scientific Results».

RESUMEN

Las Universidades más importantes del mundo (Harvard, Stanford, Oxford, Yale, Columbia, entre otras) cuentan ya con equipos de investigación dedicados específicamente al análisis del vínculo entre Derecho, Neurociencia y Justicia. Las repercusiones de este nuevo concepto (Neurolaw) son muy visibles ya en el ámbito forense y una de las estructuras aplicadas para los tribunales está constituida por disciplinas de ordenada amalgama, como la Psicopatología y la Neuropsicología Forense. Se analizarán tanto los principales andamios del concepto Neurolaw (Neuroderecho en nuestro idioma), como sus principales aplicaciones en el Sistema de Justicia, de manera especial, viendo los avances de la Neuropsicología Forense y el consolidado camino que está recorriendo la Psicopatología Forense en Iberoamérica, como respuestas concretas ante las preguntas de los tribunales. Además, se discutirá sobre las implicaciones futuras que el vínculo entre Derecho y Neurociencia puede tener y para ello nos apoyaremos en el valioso concepto de los llamados NeuroRights o Neuro-Derechos Humanos.

PALABRAS CLAVE

Neuropsicología forense, psicopatología, neuroderecho

CONFERENCIA:

LAS ESTRATEGIAS DE LA PSICOTERAPIA CONDUCTUAL COGNITIVA EN SITUACIONES DE CRISIS Y EMERGENCIAS

PONENTES

- **José Anicama.** Psicólogo profesional, Master en Psicología, Master en Salud Publica Internacional, Doctor en Ciencias mención Psicología. Profesor Principal de Psicología Universidad Autónoma del Perú y Universidad Nacional Federico Villarreal. Investigador RENACYT Certificado por el CONCYTEC. Autor de libros y artículos científicos.
- **Ruth Pizarro.** Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma del Perú. Asistente principal de Investigación en Psicología de la Universidad Autónoma del Perú. Asistente del Decanato. Autora de artículos científicos y conferencista en la FES-Iztacala, Psicología de la UNAM en México.

RESUMEN

La intervención conductual cognitiva en situaciones de crisis o de emergencias sanitarias globales y/o personales son conceptuadas como un conjunto de actividades terapéuticas diseñadas para influir el curso de una crisis, generen resultados en forma de habilidades y actitudes para enfrentar dicha crisis y controlar los factores de riesgo. Se analizan diferentes estrategias para afrontarlas, así como para estimular conductas adaptativas y mantener las conductas socialmente deseables. Se analiza también lo que hoy pueden hacer los psicólogos frente a la crisis sanitaria mundial causada por el covid-19, tales como: de qué manera los psicólogos pueden ayudar a cuidar la salud emocional en aquellos profesionales de la salud que están en primera línea enfrentando el coronavirus; lo que nos dice la investigación psicológica acerca del manejo del estrés, la comunicación pública, la pérdida del trabajo, el impacto emocional de la incertidumbre; los temores y la depresión de estar encerrado; también como el fuerte estrés generado por la epidemia puede estar incrementando la violencia doméstica y el maltrato de niños, hasta el uso de drogas donde no había dicho consumo. Asimismo, como identificar y mantener bajo control los factores de riesgo.

PALABRAS CLAVE

Estrategias de psicoterapia, terapia conductual-cognitiva, situaciones de crisis, emergencias, factores de riesgo.

CONFERENCIA:

ADICCIONES: NUEVOS RETOS EN LA INTERVENCIÓN

PONENTE

- **José Antonio Molina.** Doctor en Psicología por la UCM y Psicólogo Sanitario. Profesor en la Universidad Complutense de Madrid y en el Centro Universitario Cardenal Cisneros. Máster en Conductas Adictivas, Experto en Psicología Jurídica y Especialista en Hipnosis Clínica. Con más de 20 años de experiencia clínica en la intervención con población adicta y Director del programa intensivo adicciones – Psicohealth. Ponente en cursos, conferencias, en Colegios Profesionales, Universidades, Congresos, Empresas, Hospitales, etc. con más de 10000 horas de experiencia docente. Ha publicado numerosos artículos de investigación en revistas nacionales e internacionales. Autor de 4 libros, 2 de ellos en el campo de las adicciones: SOS...Tengo una adicción y Qué hablo con mis hijos sobre drogas (ambos de la Editorial Pirámide).

RESUMEN

Durante la ponencia se realizará un recorrido por las diferentes adicciones y los cambios que se han ido produciendo y los que son previsibles que ocurran por la situación crítica que estamos viviendo. Se abordarán diferentes estrategias de intervención y los cambios de paradigma por las nuevas adicciones que están proliferando. Por último, analizaremos la importancia de los familiares de adictos y cómo se les puede incorporar al tratamiento, describiendo las distintas estrategias de intervención a trabajar con ellos y las consecuencias psicológicas que presentan.

PALABRAS CLAVE

Nuevas adicciones, cambio de paradigma, intervención familiar.

CONFERENCIA:

RESILIENCIA Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN TIEMPOS DE UNA CRISIS GLOBALIZADA

PONENTE

- **Jorge Barudy.** Neuropsiquiatra, psiquiatra infantil, psicoterapeuta y terapeuta familiar. Fundador de EXIL en Bruselas (Bélgica), Barcelona (España) y Chile (Centro médico-psico-social para víctimas de violencia, tortura y violación de los Derechos Humanos) y cofundador, en el año 2000, del Instituto IFIV (Instituto de formación e investigación-acción sobre las consecuencias de la violencia y la promoción a la resiliencia) en Barcelona. Es miembro del grupo de trabajo de atención a la infancia, del pacto por la Infancia en Cataluña. Es Consejero de Honor del Consejo Independiente de Protección de la Infancia (CIPI). Desde el año 2008 co-dirige el programa de formación y es docente del "Diplomado de Posgrado en traumaterapia infantil sistémica" dirigido a profesionales de la psicología, psiquiatría y otras disciplinas afines y que se realiza en Barcelona, Donostia, Madrid y Málaga (España) y Viña del Mar (Chile). Consultor y supervisor de Programas de prevención y tratamiento del maltrato infantil en América Latina, Bélgica, Francia y España; supervisor y formador de equipos profesionales que trabajan en esta área. Docente en diversas Universidades españolas, europeas y americanas en cursos de post-gradado relacionado con la prevención y tratamiento de los efectos de la violencia en niños/as, mujeres, familia y toda la comunidad. Ponente en múltiples congresos y jornadas tanto en España, Europa, América del sur y del centro. . . Autor y co-autor de numerosos artículos sobre el maltrato y la protección a la infancia, de manuales sobre violencia de género y sus hijos y de los libros, entre otros, «El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil». Editorial Paidós. España, 1998; «Maltrato infantil: ecología social: prevención y reparación». Ed. Galdoc. Chile, 1999.; "Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia". Editorial Gedisa. España, 2005.; "Hijas e hijos de madres resilientes". Editorial Gedisa. España, 2006; "Los desafíos invisibles de de ser madre o padre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental". Editorial Gedisa. España, 2009.; "La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil: Manual de técnicas terapéuticas para apoyar y promover la resiliencia de niños, niñas y adolescentes". Editorial Gedisa. España, 2011; "La inteligencia maternal. Manual para apoyar la crianza bien tratane y promover la resiliencia de madres y padres". J. Barudy, M. Dantagnan, E. Comas y M. Vergara. Editorial Gedisa. España 2014.; "Violencia: Tolerancia cero. Prevención y apoyo psicosocial en niños y niñas expuestos a violencia de género". J. Barudy, M. Dantagnan Obra social "La caixa", Barcelona, España. 2015.; "El talismán de Luna". Ed. Senticuentos, Madrid España 2019.

RESUMEN

La resiliencia es la capacidad de una persona, de una familia y de una comunidad para hacer frente a la adversidad e incluso a situaciones traumáticas. Esta capacidad es una producción social, resultado del apoyo y la solidaridad del conjunto de una sociedad. En la situación actual, creada por la pandemia, ya no se trata solamente de movilizar una determinada sociedad sino el conjunto de los seres humanos que habitan el planeta tierra. Uno de los desafíos de esta pandemia es lograr, no sólo que el paradigma de la resiliencia tenga un lugar relevante para salir de esta crisis, sino que que todos los seres humanos aporten para conseguir una resiliencia globalizada. En la ponencia se intentará entregar contenidos para promover que esta resiliencia globalizada sea el resultado de acciones realistas y esperanzadoras.

PALABRAS CLAVE

Nuevas adicciones, cambio de paradigma, intervención familiar.

CONFERENCIA:

NEUROECONOMIA: ANÁLISIS Y APLICACIÓN EN LAS DECISIONES DE LA VIDA COTIDIANA

PONENTE

- **Jorge Raúl Palacios.** Doctor en Psicología, con posdoctorado en modelos neurocognitivos del comportamiento de consumo. Miembro del Sistema Nacional Investigadores. Investigador en la Universidad de Valle de México, Campus Querétaro. Conferencista en 80 eventos internacionales. Autor de 50 publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales, así como de 15 capítulos de libro y autor de un libro. Fundador de la Red de investigación del Comportamiento del Consumidor. Es coach personal y de negocios. Miembro de diversas Sociedades de Psicología en México y Latinoamericana, así como de cámaras empresariales.

RESUMEN

La Neuroeconomía es una novedosa área de investigación dentro de la psicología que incorpora ideas desde las neurociencias, la psicología y la microeconomía, para ser aplicados en diversas conductas que lleva a los individuos a actuar de determinada forma y realizar elecciones en su vida. Durante la conferencia se mostrarán las perspectivas que existen en neuroeconomía y economía conductual. Se abordarán diferentes factores antecedentes de las decisiones financieras y del comportamiento del consumidor. Finalmente se explicará la relevancia que tiene la neuroeconomía, sus aplicaciones en la conducta ecológica y del cuidado de la salud, además se mostrarán algunas estrategias propias de la economía conductual para abordarse en contextos actuales.

PALABRAS CLAVE

Neuroeconomía, economía conductual, decisiones financieras.

CONFERENCIA: PREVENCIÓN DE PROBLEMAS INTERNALIZADOS Y EXTERNALIZADOS EN NIÑOS. EL PAPEL DE LOS ESTILOS PARENTALES EN EL SIGLO XXI

PONENTE

- **Jaime Humberto Moreno.** Doctor en Deporte y Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche, España. Magíster en Psicología con énfasis en clínica de la Universidad Católica de Colombia. Especialista en Pedagogía y Docencia Universitaria de la Universidad de San Buenaventura Bogotá. Psicólogo de la Universidad de La Sabana en Colombia. Docente de pregrado y posgrado. Director del Grupo Enlace y Líder de la Línea de investigación e integración curricular en Psicología Clínica, de la Salud y de las Adicciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Investigador Asociado según la clasificación de Colciencias periodo 2018 - 2019. Con 21 años de experiencia en la atención clínica de niños y adolescentes.

RESUMEN

Los estilos parentales desempeñan un papel fundamental en la salud mental de los niños, por cuanto a través de estos los padres establecen los límites y normas, así como un intercambio afectivo con sus hijos. La evidencia empírica acumulada ha dado cuenta de los efectos interactivos significativos entre la disciplina severa utilizada por los padres y los problemas externalizados e internalizados en los niños (Barton & Hirsch, 2016; Chen et al., 2015; Hser et al., 2013; Leathers, Spielfogel, Geiger, Barnett, & Vande Voort, 2019; McCullough & Shaffer, 2014; Pearl, French, Dumas, Moreland, & Prinz, 2014; Porche, Costello & Rosen-Reynoso, 2016; Rescorla, Althoff, Ivanova & Achenbach, 2019); sin embargo, sugieren continuar con investigaciones que den cuenta de las implicaciones de la crianza en la adaptación de los niños. La presente investigación tuvo por objetivo establecer el papel de los estilos educativos parentales sobre los problemas psicológicos de comportamiento externalizados e internalizados y de adaptación en niños colombianos. La muestra estuvo conformada por 844 participantes distribuidos en 422 diadas de padres con hijos entre 8 y 12 años de edad ($M = 9.71$; $DE = 1.2$), pertenecientes a escuelas públicas de la ciudad de Bogotá (Colombia). Los padres diligenciaron el Cuestionario de Estilos Educativos Parentales (CEEP) y la Lista de Chequeo del Comportamiento Infantil versión para padres validada para población Colombiana (CBCL). Los niños contestaron el Test de Adaptación Multifactorial infantil (TAMAI). Mediante el programa AMOS versión 22 se corrió el modelo predictivo verificado a través de ecuaciones estructurales. Los modelos probados relacionados con el papel de los estilos educativos parentales sobre los problemas de comportamiento y la adaptación de los niños evidencian que el tipo de dinámica familiar, las prácticas de crianza, los roles parentales, la forma de expresión y manejo emocional y el estilo parental, se constituyen en factores que ayudan a comprender muchos de los problemas psicológicos y de ajuste en los niños.

PALABRAS CLAVE

Estilo parental, psicopatología infantil, ajuste emocional.

CONFERENCIA:

EL JUEGO COMO MODIFICADOR DE LA EMOCIÓN DE ADULTOS EN EL CUIDADO INFANTIL

PONENTE

- **Andrés Mauricio Santacoloma.** Psicólogo egresado de la Universidad Católica de Colombia, Magíster en Psicología Clínica. Director del Semillero de Investigación Balance: Estudios en Factores Psicológicos de la Conducta Alimentaria, la Salud y la Calidad de Vida, dentro de la línea de investigación denominada Psicología Clínica, de la Salud y de las adicciones como miembro del Grupo de Investigación ENLACE del Centro de Estudios en Psicología (CEIPs) de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Actualmente, Coordinador de Permanencia Estudiantil de la Facultad de Psicología y profesor de cursos de procesos básicos. Asesor de trabajos de grado y tesis en pregrado y postgrados. Asesor y consultor en áreas de aprendizaje experiencial, aprendizaje organizacional, procesos de aprendizaje en la infancia, Afecto y Conducta, terapia de pareja, terapia individual. Consultorio independiente.

RESUMEN

Las emociones son respuestas con una alta carga biológica, que en ocasiones se han categorizado como respuestas reactivas no controladas. De hecho, se habla que la inteligencia emocional debe concentrarse en las conductas controladas relacionadas con las emociones (conductas adjuntivas). Por ello, en la presentación actual, se pretende abordar las propiedades de las emociones que pueden ser ajustadas o controladas con la sustitución de conductas, especialmente con el juego cuando se trata de adultos. El juego es una conducta que socialmente es infantil, pero se deja de lado la funcionalidad del juego como factor de salud y calidad de vida. Relacionar el juego facilita la responsividad de emociones positivas, las cuales pueden ser muy útiles y funcionales al momento de ser cuidadores de niños en épocas de aislamiento social obligatorio. Se explicará la variación de la emocionalidad a partir del juego y como esta estrategia, se puede convertir en una herramienta de interacción en cuidadores infantiles.

PALABRAS CLAVE

Juego, emoción, crianza, infancia.

CONFERENCIA:

EL TRAUMA EN LA POBLACIÓN Y LOS PROFESIONALES

PONENTE

- **Anabel González.** Psiquiatra y psicoterapeuta, con formación en diversas orientaciones como terapia de grupo, terapia cognitivoanalítica, terapia sistémica y terapias orientadas al trauma. Doctora en Medicina y Especialista en Criminología. Pertenece a la directiva de la Sociedad Europea de Trauma y Disociación (ESTD) y es vicepresidenta de la Asociación EMDR España. Trabaja en el Hospital Universitario de A Coruña (CHUAC), coordinando el Programa de Trauma y Disociación, orientado a pacientes con traumatización grave. Desde hace años imparte formación sobre trastornos disociativos, trauma, apego y regulación emocional. Es entrenadora acreditada de terapia EMDR. Participa como profesora invitada en el Máster en Psicoterapia EMDR de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). A nivel de investigación, dirige varios proyectos en el campo del trauma y el tratamiento con EMDR de diversos trastornos. Ha publicado numerosos artículos sobre disociación, trauma y EMDR, y es autora/coautora de los libros Trastornos Disociativos, EMDR y disociación, el abordaje progresivo, EMDR y TLP (los tres en Ed. Pléyades), y Trastorno de Identidad Disociativo (Ed. Síntesis). Sus últimos libros: No soy yo, entendiendo el trauma complejo, el apego y la disociación, y Lo bueno de tener un mal día, integran estos elementos de modo sintético, y están orientado tanto a pacientes como a profesionales.

RESUMEN

La actual situación de pandemia por el COVID19 tiene un alto impacto potencial traumático. Junto al peligro vital que implica la infección en sí, el periodo de cuarentena y la profunda alteración socioeconómica, las pérdidas humanas y materiales, son factores multiplicadores de daño emocional. Toda la población está expuesta, pero las profesiones de trabajo en primera línea, y también los terapeutas que atienden a estas personas, pueden sufrir en particular la traumatización directa o vicaria. Se explicarán los factores que influyen en la respuesta traumática, los diversos factores que pueden influir y las áreas centrales de trabajo. Se expondrán algunos resultados del estudio ISAMEC19 (Investigación en Salud Mental con el COVID19) sobre las consecuencias psicológicas de la pandemia.

PALABRAS CLAVE

Trauma, pandemia, ISAMEC19.

CONFERENCIA:

ANSIEDAD E INCERTIDUMBRE ANTE LA SITUACIÓN ACTUAL: PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN

PONENTE

- **Ana Villarrubia.** Psicóloga sanitaria, con especialidad clínica. Especialista en Psicología de la Salud. Máster en Psicología General Sanitaria. Tutora Colaboradora del Grado en Psicología y en el Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia de Comillas y de la Universidad Autónoma de Madrid. Experta en Terapia de Pareja. Experta en Trastornos de Personalidad. Especialista en Psicoterapia y Psicodrama. Autora del libro 'Borrón y cuenta nueva' publicado por Editorial Planeta y otras publicaciones de divulgación psicológica en revistas y varios medios de comunicación. Directora del Centro de Psicología 'Aprende a Escucharte' en Madrid.

RESUMEN

Abordamos la recepción de un paciente en un atípico estado de crisis, como puede ser la situación de confinamiento a la que un tercio de la población mundial se ha visto abocada, desde el punto de partida de la intervención a distancia, on line.

Se trata entonces de detectar y cribar los riesgos de desarrollo de sintomatología de tipo depresivo, con el objetivo de realizar una evaluación rápida y ágil de la sintomatología referida (no perdiendo nunca de vista lo fundamental de la realización de una óptima evaluación en psicología clínica), para después poder adaptar las técnicas de intervención en depresión al paciente que más urgentemente lo requiere, y que quizá no dispone del mismo recorrido potencial que un paciente ambulatorio en circunstancias de normalidad.

PALABRAS CLAVE

Ansiedad, prevención, depresión, confinamiento.

CONFERENCIA:

RETOS DEL COACHING EDUCATIVO EN TIEMPOS DE CAMBIO

PONENTE

- **Juan Fernando Bou.** Psicólogo y Coach Educativo, Director de BOU CONSULTORES (www.juanfernandobou.com), una consultora educativa cuyo fin principal es transformar la sociedad a través de la mejora de la calidad del Sistema Educativo. Director 1ª Edición del Máster ON-LINE de Coaching Educativo y Psicología Positiva en contextos educativos de la Universidad VIU (Univ. Internacional de Valencia). Formador con más de 15 años de experiencia en educación. Ponente y Conferenciante, tanto a nivel nacional como internacional. Autor de 5 libros, el último titulado "Herramientas para el Aula" (Ed. Aljibe, 2018), y los anteriores, "Coaching Educativo" (LID Editorial, 2013), "Coaching para docentes: el desarrollo de habilidades en el aula" (ECU Editorial, 2007) y "Por la boca muere el pez" (ECU Editorial, 2004).

RESUMEN

Reflexionar acerca de cuáles son los retos que tenemos por delante para intentar incrementar la Calidad del Sistema Educativo y qué pueden aportar los profesionales de la docencia (docentes, equipo directivo, alumnado y familias), los coaches educativos o las instituciones académicas a la consecución de estas metas.

Además se compartirán algunos recursos y técnicas propias del Coaching para abordar situaciones de crisis, como la que estamos viviendo.

PALABRAS CLAVE

Coaching, educación, crisis.

CONFERENCIA:

INTELIGENCIA EMOCIONAL, ASIGNATURA OBLIGATORIA EN TIEMPOS DE CRISIS

PONENTE

- **Pablo Fernández-Berrocal.** Catedrático de Psicología de la Universidad de Málaga. Director y fundador del Laboratorio de Emociones de la Universidad de Málaga y codirector del Máster de Inteligencia Emocional, así como de otros proyectos de I+D relacionados con la evaluación y el desarrollo de la Inteligencia Emocional. Coautor de 30 libros y organizador del I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional (Málaga, 2007). Desde 2012, Vicepresidente de la International Society for Emotional Intelligence. Colabora de forma activa con investigadores internacionales como Peter Salovey, Marc Brackett, James Gross, o Simon Baron-Cohen. Publica de forma habitual en numerosas revistas científicas nacionales e internacionales. En la actualidad, desarrolla programas de mejora de la Inteligencia Emocional en diferentes ámbitos y organizaciones tanto educativas, sanitarias y empresariales. Imparte conferencias y cursos con el propósito de acercar al profesional a los conceptos de emoción y de inteligencia emocional desde una perspectiva esencialmente práctica.

RESUMEN

La Inteligencia Emocional se concibe como un conjunto de habilidades, tanto básicas como complejas, que nos permiten usar las emociones para facilitar el razonamiento y los procesos de pensamiento, y usar nuestro razonamiento para pensar de forma inteligente acerca de nuestras emociones tal como han señalado los padres del concepto Peter Salovey y John Mayer hace ahora 30 años.

En concreto, la Inteligencia Emocional se define como una habilidad mental que incluye “la capacidad para percibir, valorar y expresar las emociones con exactitud; la capacidad para acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la capacidad para entender la emoción y el conocimiento emocional; y la capacidad para regular las emociones y promover el crecimiento emocional e intelectual” (Mayer y Salovey, 1997).

En esta conferencia nos centraremos en cómo nuestra capacidad para comprender emocionalmente a los demás y regular nuestras emociones de forma eficaz puede ayudarnos a afrontar los momentos de crisis tanto colectivos como personales que estamos viviendo.

PALABRAS CLAVE

Inteligencia emocional, regulación, promoción.

TALLER:

LA FAMILIA COMO AGENTE COREGULADOR DE LAS EMOCIONES DE LOS NIÑOS/ ADOLESCENTES EN SITUACIONES DE CRISIS

PONENTE

- **Carme Crespo.** Psicóloga con acreditación sanitaria. Colegia del COPC núm 6761. Especializada en trauma y psicopatología en población infanto-juvenil. Formación Psicopatología infanto-juvenil (ISEP) en Bienestar emocional (ISEP) terapeuta EMDR (Desensibilización y reprocesamiento de trauma a través de los movimientos oculares y SE (Somatic Experiencing) y técnicas para la intervención en trauma (terapia de juego, caja de arena, muñecos, cartas asociativas entre otros).

RESUMEN

Daremos una visión teórica de la importancia de la regulación emocional, y de la autoregulación en los adultos para que puedan atender las necesidades emocionales en momentos de crisis, y una aproximación práctica con ejercicios para facilitar el papel de coregulador de la familia en esos momentos.

PALABRAS CLAVE

Familia, teoría polivagal regulación y coregulación.

TALLER:

LA TERAPIA ONLINE: ¿CÓMO MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD DE MIS PACIENTES?

PONENTE

- **Iván Alsina.** Psicólogo, profesor universitario y especialista en el uso de las nuevas tecnologías en el ámbito de la intervención psicológica. Actualmente, es profesor en el departamento de psicología de la UVIC-UCC. Es director científico y de alianzas en Europa de Relax VR (Estados Unidos), director de contenidos de Virtualium (Armenia) y miembro del grupo de investigación en “Emociones, Salud y Ciberpsicología” de la Universidad PUCMM (República Dominicana).

RESUMEN

Las nuevas tecnologías han modificado de una forma drástica la forma en la que las personas nos relacionamos, nos comunicamos y vivimos. El ámbito de la salud mental no es una excepción a las tendencias propias del Siglo XXI y, de hecho, cada vez más psicólogos han empezado a utilizar las TIC en el marco de su práctica clínica diaria. En particular, cabe destacar que la atención psicológica online se ha convertido en un recurso esencial en tiempos de crisis como el actual.

En el presente taller se realizará una introducción a la Terapia Online, haciendo hincapié en los aspectos legales, éticos y deontológicos relacionados con su práctica. Para ello se presentarán sistemas de videoconferencia, correo electrónico y mensajería instantánea seguros, encriptados y que permitirán mantener la confidencialidad de los pacientes o usuarios. De este modo, el asistente adquirirá los conocimientos necesarios para adaptar su práctica clínica a los requerimientos de las regulaciones actuales.

PALABRAS CLAVE

Terapia online, confidencialidad, normativa.

TALLER:

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y EL ACOSO ESCOLAR. PROGRAMA TEI

PONENTE

- **Andrés Bellido.** Psicólogo, especialidad Clínica y educativa. Catedrático de Orientación Educativa. Autor y coordinador General del Programa TEI. Coordinador del GTI sobre Programa TEI del ICE de la Universidad de Barcelona.

RESUMEN

Características generales de contenidos: exposición y discusión en grupo

- Características Generales de la violencia y el acoso escolar. Tipología, incidencia, triángulo de acoso.
- ¿Cómo mejorar la convivencia y prevenir la violencia y el acoso escolar?

Parte práctica

- Programa TEI: Bases Teóricas. Estructura. Evidencias científicas de resultados.
- Proceso de implementación en centros educativos.
- Desarrollo de actividades.
- Ciudades TEI. Proceso de implementación.

Conclusiones

- Transferencia de las actividades a la aplicación en el aula.
- Transferencia a proyectos de centros educativos, entidades o municipios.

PALABRAS CLAVE

Bullying, acoso escolar, programa TEI.

TALLER:

LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN TIEMPO DE CRISIS Y EN CONTEXTO FORENSE

PONENTE

- **Joan Deus.** Licenciado en Psicología por la UAB (1989). Doctor en Psicología (1995) y premio extraordinario de doctorado (1995) por la UB. Especialista en Psicología Clínica (2007), Experto en Neuropsicología Clínica por el Consejo General de la Psicología en España (2017) y por Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña (COPC) (2008 y 2016) y Certificado Europeo de Psicología Clínica (EuroPsy) (2010). Profesor Agregado de la UAB del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Docente Máster Psicología Forense de la UAB y de ISEP. Co-autor de 162 publicaciones nacionales e internacionales y 110 en revistas indexadas siendo el 92% del Q1, 4 manuales (2003, 2006, 2018 y 2019) y 23 capítulos de libro. Miembro investigador en 10 proyectos competitivos financiados por organismos estatales, siendo el investigador principal en 4. Ha dirigido 12 tesis doctorales. Ha recibido 23 premios de investigación, entre ellos el Premio Nacional en Neuropsicología Experimental del Consorcio de Neuropsicología Clínica (CNC) (2013), Premio Rosa Martí-Sensat del COPC (2009), Premio a la Investigación en Fibromialgia (2008) y el Premio Ramón Bayés i Sopena por su trayectoria profesional (2018). Conferenciante en más de 180 actos científicos. Actualmente, investigador colaborador de la Unidad de Investigación en Resonancia Magnética del Hospital del Mar-Parc Salut Mar-IMIM, Coordinador Asistencial del Servicio de Psicología y Logopedia de la UAB y del Servicio de Salud Mental del CGO-Médico de Mataró.

RESUMEN

La Discapacidad Intelectual (DI) es un trastorno del neurodesarrollo, con diferentes fenotipos conductuales, en el que acontecen sus síntomas antes de los 18 años y en etapas precoces de la vida, y de etiología diversa. La evaluación de la DI en el ámbito conductual, emocional y forense presenta un grado de dificultad mayor, en la medida en que su evaluación debe contemplar varios ámbitos psicológicos, neuropsicológicos y psicopatológicos, para que sea útil al juzgador. Las conclusiones derivadas de la exploración psicológica forense tendrán importantes repercusiones psicojurídicas en el ámbito civil (capacidad de obrar), laboral (incapacitación) y penal (grado de imputabilidad) bien diferenciadas. En el presente taller se describe un caso real de DI en contexto forense penal (imputabilidad hechos acontecidos ante una conducta adictiva delictiva), donde se trabajará el protocolo de evaluación, elaboración del informe, las conclusiones forenses que permitan dotar al juzgador de información útil para establecer la más adecuada sentencia del caso, así como su estado emocional en periodo de confinamiento que pueden agravar su conducta adictiva.

PALABRAS CLAVE

Discapacidad intelectual, descompensación, neuropsicología forense.

TALLER: REGULACIÓN EMOCIONAL, APEGO Y PSICOTERAPIA

PONENTE

- **Raquel Molero.** Psicóloga y directora del centro ARA Psicología. Especialista en Trauma Emocional y Trastorno de Estrés Postraumático. Experta en Psicopatología de las Personalidades. Terapeuta EMDR acreditado, Advanced Level en Somatic Experiencing y Especialista en Mindfulness.

RESUMEN

Para conseguir en nuestros clientes un sistema emocional adaptativo, necesitaremos aumentar la tolerancia a los afectos y la resiliencia.

El desarrollo de la capacidad para la regulación del afecto será óptimo si podemos alternar la autoregulación y la regulación diádica. Esto vendrá determinado en gran medida por el sistema de apego de nuestros clientes.

Con este taller queremos acercar a los alumnos al conocimiento de cómo los sistemas de apego de sus clientes influyen en su sistema de regulación del afecto. También como incluirlo en la psicoterapia y qué acciones terapéuticas nos ayudarán a promover un afecto regulado y sano.

PALABRAS CLAVE

Regulación emocional, apego, psicoterapia.

TALLER:

PSICOLOGÍA, ¿QUÉ VA A NECESITAR EL MUNDO QUE VIENE DE NUESTRA DISCIPLINA? TRAUMA, DUELO Y NUEVOS CONTEXTOS

PONENTE

- **Ana Saz.** Psicóloga con 20 años de experiencia profesional. Desde el año 1998 su experiencia profesional tanto a nivel público como privado, ha pasado fundamentalmente por la Intervención con adultos y Familia, intervención en ansiedad, resolución de problemas emocionales, maltrato, violencia y abuso sexual, coordinación y gestión de programas de apoyo individualizado y grupal para familias y menores, mediación familiar y de pareja, y formación de profesionales. Desde el año 2000 una parte importante de su labor profesional ha estado dedicada a la formación como divulgadora y psicoeducadora para diversas instituciones, organismos y colectivos. Desde el año 2011 forma parte del equipo docente de ISEP (Instituto Superior de Estudios Psicológicos), impartiendo clases en diversos Máster formativos, Máster en Psicología clínica y de la Salud, en Psicología clínica Infanto-Juvenil, en Sexología clínica y Terapia de parejas, en Terapias de Tercera generación y aplicación de Nuevas tecnologías, en Atención temprana y Dificultades en el aprendizaje. Además de la intervención, Ana Isabel Saz Marín es AUTORA de diversos materiales en el ámbito de la psicología, libros como "SOS Adolescentes", "¿Quiere alguien explicarme qué es la Inteligencia Emocional?", «Diccionario de Psicología», coautora en el libro «Anorexia y Bulimia», y diversas colaboraciones en textos del ámbito educativo y divulgativo. También, como psicóloga y asesora, ha formado parte de proyectos televisivos, en programas como "SOS ADOLESCENTES" y "PROYECTO BULLYING" trabajando con menores y familias en conflicto y divulgando el papel de la psicología. En la actualidad continúa colaborando para diversos medios como terapeuta.

RESUMEN

Sin poder vislumbrar aun las múltiples consecuencias de esta crisis global, si podemos analizar parte de lo que está suponiendo y supondrá. Nos enfrentamos a un escenario traumático, a una amenaza real, inesperada, que ha excedido nuestras capacidades y que ha roto algunos de nuestros marcos de referencia, aquellos que nos servían para entender el vivir, incluso el morir.

Numerosos cambios, económicos, tecnológicos, sociales y humanos, que impelen a preguntarse que requerirá el mundo de nosotros. La psicología ha estudiado, entendido y atendido el trauma y el duelo, pero entran en escena en este presente elementos que requerirán quizá nuevas perspectivas y posiblemente nuevas competencias y recursos profesionales.

No es nuevo para el ser humano enfrentarse a cambios, a graves y grandes crisis, pero esta, como la demás, tiene sus propios elementos. No hay certezas, y si las hay son pocas y cambiantes. Esta pandemia habla de miedo, rabia, tristeza, dolor, pérdida, incertidumbre, seguridad, salud, vulnerabilidad, descontrol, soledad, protección, libertad, desconfianza, pobreza, solidaridad, desigualdad, indefensión, cooperación...

Trataremos en este encuentro – taller de hacernos preguntas y si es posible, de dibujar los mimbres de algunas respuestas sobre este Trauma y sobre los Duelos, miles. Cuando abramos las puertas de nuestra casa, no seremos los mismos. No lo son aquellos a los que atendemos hoy respetando la distancia, ni lo serán los que vendrán. Dicen que del lugar que se le da a nuestros muertos cuando ya no están, dependen nuestras vidas, las de los que seguimos vivos.

Vienen tiempos en los que será importante acompañar, nunca dejó de serlo, pero deseamos que esta lección sea de larga duración. Inoculemos

desde la psicología esta maravillosa realidad: todos somos responsables (habilidad para responder) de lo que ocurra con nosotros como especie.

PALABRAS CLAVE

Psicoterapia, trauma, duelo, pandemia.

TALLER:

VUELTA AL COLEGIO: LABOR DE TODOS (ATENCIÓN A LAS NECESIDADES EDUCATIVAS EN LA SITUACIÓN ACTUAL)

PONENTE

- **Eva López.** Psicóloga. Especialidad clínica. Especialista en Clínica, Altas Capacidades y Neuropsicología. Fundadora y Psicóloga de Mentor Clínic. Docente del Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP). Co-directora y docente del Posgrado en Altas Capacidades de la Universitat de Barcelona. Coordinadora GT de Investigación en Aprendizaje, Inteligencia y Emociones en el COPC.

RESUMEN

Espacio para la reflexión, puesta en común y propuestas aplicadas, hacia el cambio educativo que se va a desarrollar en la situación social y sanitaria actual y próxima.

Acogiendo las Necesidades Educativas de los niños y su desarrollo personal, social y familiar.

Este taller está especialmente recomendado para docentes, psicólogos/as, pedagogos/as y familias.

PALABRAS CLAVE

Escuela, familia, necesidades educativas.

TALLER:

MANEJO DE CONDUCTAS SUICIDAS EN CURSO, Y APOYO A FAMILIARES EN EL INICIO DE DUELO POR SUICIDIO

PONENTE

- **Pedro Martín-Barrajón.** Psicólogo con acreditación profesional como Experto en Psicología de Emergencias y Catástrofes por el Consejo General de la Psicología AE 040/2019. Responsable de Psicología de Urgencias y Emergencias en Psicólogos Princesa 81, S.L.P. Coordinador Dispositivo Psicólogos de Emergencias en Crisis COVID: Ministerio de Sanidad-Consejo General de la Psicología en España. Ex-Coordinador General Red Nacional Psicólogos Emergencias del Plan de Atención a las Víctimas de Accidentes Ferroviarios y sus Familiares. Máster Universitario, y Especialista Universitario en Conductas Suicidas Universidad Pablo Olavide. (Sevilla). Miembro Sociedad Española de Suicidología, en Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES), y miembro Sociedad Española de Psicología Aplicada a Urgencias, Desastres y Emergencias (SEPADEM). Docencia nacional e internacional sobre conductas suicidas. SAMER Ayuntamiento de Las Rozas de Madrid. Prevención, intervención y postvención en conductas suicidas. 09.2019. Jornadas Municipales Psicología Emergencias SAMUR-PC. "Atención psicológica inmediata a familiares y allegados tras suicidio consumado" (2018). Asociación Prevención del suicidio y Atención al Superviviente (APSAS) Girona. Prevención, intervención y postvención en conductas Suicidas. 09.2019. Concejalía Servicios Sociales, Mayores Ayto. Coslada. Prevención, intervención y postvención conductas suicidas. 11h. Junio 2019. 31 Congreso Nacional Sociedad Española de Medicina de Emergencias Girona 2019. Intervención en Conductas Suicidas. VI Jornadas Enfermería de Urgencias y Emergencias Albacete. Máster Class Manejo conductas Suicidas. 04.2019. Docente Diploma Online Experto en Duelo y Pérdidas en el ciclo de la vida. Instituto IPIR. Barcelona. Alba Payás. Experto Universitario en intervención Avanzada en IMV. Autoprotección psicológica del interviniente en IMV. Atención inmediata y prevención del suicidio. Panamericana- SEMES. Curso psicología de emergencias para Bomberos, policía y protección Civil Mancomunidad Municipios Costa del Sol. 20h.2 Ediciones 2016 y 2018. II Jornadas sobre Gestión Emocional UNED Ceuta. "Prevenir el suicidio labor de todos", "Suicidio, prevención e intervención suicidio en curso" 2019. VI Jornadas TES Talavera de la Reina. ATESCAM. Taller Prevención del suicidio. Intervención psicológica inmediata en Urgencias y Emergencias. Conductas Suicidas: Colegio Oficial de Psicólogos Rioja. Duelos prohibidos y desautorizados: Duelo por suicidio. Jornadas Psicología Emergencias Colegio Oficial Psicólogos Asturias. Prevención, intervención y postvención en conductas suicidas. Sinergología. Colegio Oficial Psicólogos Sevilla. Prevención, Intervención y Postvención en conductas suicidas. Psicoemergencias-CV. Valencia. 2018 y 2019. Máster Terapia Cognitivo- Conductual e intervención en Crisis. México. 2019. Prevención, Intervención multidisciplinar y Postvención en conductas suicidas. Universidad Santa María la Antigua. Panamá. 2018. Experto y Máster Universitario Enfermería Urgencias, Emergencias extrahospitalarias, y atención al paciente crítico. "Atención Psicosocial Inmediata: Trauma y duelo en Urgencias y Emergencias. Prevención del suicidio". Fundación para el desarrollo de la Enfermería UCAV, UCLM (FUDEN): 6 Ediciones 2015-19. Máster Intervención y Gestión de Crisis, urgencias y emergencias. 3 Ediciones. "Intervención Psicológica Inmediata: Trauma y Duelo en Urgencias y Emergencias". Universidad de Cádiz- Semyu112.

RESUMEN

En este taller veremos los siguientes aspectos:

- Detección de Señales de alerta en personas con riesgo suicida.

- Principales factores de riesgo de suicidio en población general.
- Pautas de actuación ante personas con riesgo suicida (familiares y profesionales).
 - Pautas de Intervención para profesionales en conductas suicidas en curso.
 - Pautas de aproximación y toma de contacto.
 - Decálogo de intervención en suicidio en curso. Claves de evolución favorable/desfavorable en la intervención. Qué decir, y qué no decir en duelo por suicidio.
- Trauma acumulativo.
- Principios básicos de la intervención inmediata en el inicio del duelo.

PALABRAS CLAVE

Prevención, crisis, suicidio, emergencia.

COMUNICACIÓN 1:

VUELTA AL COLEGIO: LABOR DE TODOS (ATENCIÓN A LAS NECESIDADES EDUCATIVAS EN LA SITUACIÓN ACTUAL)

AUTORES

- **Gema Hernández Molina.** Licenciada en psicología y psicopedagogía. DEA en antropología. Maestrías en psicología clínica, etología, en intervención asistida con animales (IAA) y coaching. Educadora canina y miembro del GT del copc bienestar animal y TAA. Directora de Grupo Lur y presidenta de la asociación Lur. Colabora docente en masters. Especialista en IAA diseñando mas de 40 programas en diferentes ares y colectivos.
- **Adela Marmy Morcillo.** Licenciada en psicología. Especialista en psicología social. Especialista en psicología social y psicología infantojuvenil. Especialista en intervenciones asistidas con animales (IAA) y técnica en IAA. Presidenta de la fundación estrellas y duendes. Coordinadora de Grupo Lur Baleares. Experiencia en programas psicosociales, juveniles y de tercera edad en IAA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones asistidas con perros (IAA) se implantan en el contexto psicosocial en usuarios con adicciones como un elemento innovador en su proceso rehabilitador.

Con la participación de los animales se plantea una mejora en los resultados de la rehabilitación del usuario, gracias a la motivación y sentimientos que los animales generan en los ellos. Estos comportamientos les facilita el descubrir los procedimientos adecuados para desarrollar una serie de capacidades y competencias que se deben restaurar y/o adquirir (Fine, 2003).

Los estudios de adicciones centra la relación entre el funcionamiento ejecutivo y drogadicciones, y se ha encontrado que las tareas asociadas al funcionamiento prefrontal como lo son la inhibición conductual (Adán, 2011), la planificación, resolución de problemas, toma de decisiones, generación de estrategias alternativas, (Rojo, Pedrero, Ruiz, Llanero, Puerta, 2010), se encuentran significativamente afectadas en comparación al funcionamiento de la población sin este diagnóstico (Rojo et al., 2010; Adán, 2011).

Según Casado y Araúzo (2004), la efectividad de las actividades depende de que los objetivos de las intervenciones sean relevantes para el individuo y además tengan un fuerte componente motivacional. Es por ello que las IAA pueden proporcionar buenos resultados, ya que los animales son muy buenos catalizadores de emociones.

Grupo Lur (GL) es una entidad de psicoterapia asistida con animales, que se encarga de diseñar y llevar a cabo programas de IAA en el contexto psicosocial, tanto en adicciones como en otros colectivos vulnerables.

En GL nos planteamos diseñar una intervención para fomentar la conducta asertiva de los sujetos y así proporcionar estrategias comunicativas eficaces ante la toma de decisiones y la solución de problemas, entre otros aspectos.

Nuestro objetivo principal es fomentar conductas asertivas en los sujetos.

Los objetivos secundarios son:

- Minimizar las conductas oposicionistas y defensivas que puedan presentar los sujetos
- Fomentar de manera activa la expresión de sentimientos y diferentes opiniones que pueda tener el sujeto
- Potenciar las habilidades comunicativas del sujeto para poder iniciar y mantener conversaciones.

METODOLOGÍA

La intervención se realizó en un centro terapéutico de Campos, Mallorca, en Projecte Home Balears. Para participar en el estudio los usuarios debían de: disponer de autonomía; cierta estabilidad; estar motivados; adquirir un compromiso de asistencia y no tener fobias o alergias a los perros. Participaron 7 sujetos (4 del grupo control y 3 del grupo de intervención) de los cuales 6 eran hombres y 1 mujer con edades comprendidas entre los 37 y 60 años. Se trata de un diseño cuasiexperimental de dos grupos independientes con pre-post. Uno es el grupo de tratamiento y el otro el grupo control. Participan 5 profesionales y un perro: 2 psicólogas encargadas de guiar la sesión y 3 técnicos (1 guía al perro y 2 registran datos).

La intervención se realiza de manera intensiva en la misma semana. Consta de 8 sesiones distribuidas en 45 min cada una. La mitad de las sesiones participa un animal (SA) realizando unos ejercicios que han tenido que elaborar y diseñar los sujetos. La otra mitad, es una terapia grupal en la que no participa el perro (ST). En las ST se adquiere conocimientos y se discute la manera correcta de proceder con el perro, habiendo también un periodo de reflexión. El animal interpreta todo el lenguaje verbal y no verbal del sujeto y actúa en consecuencia, por lo que el trabajo de los sujetos se ve reflejado en el animal. Se realiza 1,5h seguida de intervención y se juntan ambos tipos de sesiones (SA+ST).

Se utilizó la escala de asertividad Rathus (RAS). Es un cuestionario de 30 items tipo lickert con seis opciones de respuesta (que van desde muy característico de mí hasta nada característico de mí). Las preguntas que se engloban en tres bloques para medir 1) conductas de oposición y defensa, 2) la expresión de sentimientos y emociones y 3) iniciar y mantener conversaciones.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa XSLTAT y la prueba no paramétrica U-Mann-Whitney. Tras el análisis de datos, con un nivel de significación de $\alpha=0.1$ se demostraron que existían diferencias estadísticamente significativas y por lo tanto el tratamiento había sido efectivo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El 100% de los sujetos han podido aprender a comunicarse de una manera más asertiva gracias a la motivación que le generaba el poder interactuar con un animal. Se veía reflejado como al principio del tratamiento los sujetos no eran capaces de tomar decisiones en grupo y no se mostraban seguros de sí mismos, pero al ver que el perro no les atendían fueron cambiando de estrategias. Por lo tanto, trabajar la comunicación asertiva con a la ayuda del perro mejora la comunicación verbal y no verbal de los sujetos.

Hubo un 33% de rechazo previo al nuevo tratamiento, y evoluciono hasta su aceptación gracias a la presencia del perro. Las conductas oposicionistas y defensivas se reducen al mostrarse en un ambiente tranquilo y relajado.

Todos los participantes se mostraron atentos y cariñosos con el perro, y extrapolaban cualidades de los perros a los terapeutas, ya que para poder actuar con el animal tienen que mostrarse ellos mismos. se observa que aumenta la expresión de emociones y sentimientos en las sesiones en las que participa un animal.

El terapeuta tenía que tomar un papel mucho más activo en las sesiones, guiando prácticamente toda la sesión. A lo largo que iba transcurriendo el programa, el terapeuta fue un mero colaborador tomando parte activa todos los sujetos en el proceso de enseñanzaaprendizaje. Por lo que podemos concluir que se mejoran las habilidades comunicativas del sujeto para poder iniciar y mantener conversaciones.

PALABRAS CLAVE

Intervención asistida con animales, psicoterapia, conducta oposicionista.

COMUNICACIÓN 2:

MARCO TEÓRICO Y PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA EL SENTIDO EN LA VIDA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES

- **Manuel Frías Rico.** Psicólogo General Sanitario. Especialista en Sentido Vital y Crecimiento Personal. Formación en Psicología Integradora, Terapia Sistémica y Gestalt. Doctorando en Biotecnología, Medicina y CC.Biosanitarias. Investigador y formador. Experto en adultos, pareja y familia. Nº de Colegiado: M-34210. Psicólogo Colaborador en Paz de Roda Centro de Psicología y Paz de Roda Formación.
- **Inés Bárcenas Taland.** Psicóloga General Sanitaria. Especialista en psicoterapia psicodinámica y humanista. Formación en Logoterapia. Investigadora y profesora asociada de investigación cualitativa en Universidad Francisco de Vitoria. Presidente de la asociación Necesito Terapia. Nº de colegiado: M28555. Psicóloga colaboradora en la Consulta Doctor Carlos Chiclana, en la Ruber Internacional y en el Centro Velázquez.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El sentido vital (SV) parece mostrarse como una variable de consideración necesaria en el diseño de cualquier tratamiento psicológico, ya que no solo parece reducir o eliminar la sintomatología, sino que podría causar un efecto protector o amortiguador a largo plazo sobre situaciones vitales asociadas a la aparición de sintomatología ansiosa, de estrés o depresiva, garantizando con ello la calidad de vida y el bienestar psicológico del individuo. Sin embargo, parece no existir hasta la fecha un tratamiento específico para el SV pese a sus implicaciones en salud mental. Esta falta de especificidad en el tratamiento parece radicar en una falta de especificidad del constructo en sí mismo y del marco teórico que explica su funcionamiento interno.

OBJETIVOS

Los objetivos de investigación principales de este estudio serán localizar el modelo de marco teórico explicatorio más actual del SV y generar una propuesta de tratamiento que sea respaldado por otros enfoques de la psicología clínica. Se plantean dos revisiones sistemáticas para llevar a cabo los objetivos.

METODOLOGÍA

Se realizaron búsquedas bibliográficas en PubMed, EMBASE y Google Scholar utilizando las palabras clave "meaning in life construct", "meaning in life authors", "logotherapy" y referencias cruzadas con "meaning in life dynamics", "meaning in life instruments", "assessing meaning in life" y "meaning in life components". Los resúmenes encontrados a través de esta búsqueda se revisaron y seleccionaron para identificar artículos o estudios relevantes para nuestra revisión. Entre los criterios de inclusión principales, los artículos debían contener una explicación clara de la definición y dinámica del sentido vital.

La revisión se centró en:

- Delimitación del constructo del sentido vital.
- Delimitación de los componentes del sentido vital.
- Delimitar las interacciones entre componentes del sentido vital.

RESULTADOS

En el campo de estudio del SV, existe una gran controversia dentro de la comunidad científica a la hora de delimitar el constructo y conceptualización teórica del mismo (Ryff & Singer, 1998; Steger, 2012; Wong, 2012). Sin embargo, parece que recientemente se consensuó entre casi todos los autores al proponerse el Modelo Tripartito del Sentido Vital, una visión tripartita del SV, conformada por tres subconstructos no interconectados: comprensión, propósito e importancia (George & Park, 2016; Heintzelman & King, 2014; Martela y Steger, 2016; Steger, 2012). Sin embargo, el Modelo Tripartito resultó en ausencia de metodología cualitativa y fue basado en exclusividad en meta-análisis de investigaciones cuantitativas. Recientemente se ha incorporado al modelo de SV una serie de componentes e interacciones como resultado de investigaciones cualitativas (Frías & Bárcenas, 2020; Hill et al., 2015; Van der Speak et al., 2013) dando como resultado el modelo más actual del SV. Este modelo explica que el sentido vital depende de cuatro componentes ordenados entre sí. El primer componente corresponde al "Yo" y responde a la persona en sí misma, un ser con consciencia. El segundo componente corresponde a la "Coherencia", descrita como la consideración de la totalidad de mi persona en lo que hago. El tercer componente corresponde al "Sentido vital" en sí mismo que responde a "darle sentido a la vida y no esperar a que la vida dé el sentido". El último componente corresponde a la "Trascendencia" que representa la sensación de importancia de existir y de haber existido. Considera además que la trascendencia no es posible sin el otro. Además, añade dinamismo al SV ya que sin el primer componente no pueden existir los demás. Así, el tratamiento propuesto constará de cuatro fases ordenadas, una para cada componente.

METODOLOGÍA

Se realizaron búsquedas bibliográficas en PubMed, EMBASE y Google Scholar utilizando las palabras clave "mental health treatment", "anxiety treatment", "logotherapy", "mindfulness therapy" y referencias cruzadas con "mental health", "distress and depression", "emotional distress" y "psychological distress". Como criterio de inclusión fundamental se destacó una obligada relación entre las fases propuestas del tratamiento y los tratamientos encontrados. Nuestro artículo de revisión se centró en:

- Tratamientos efectivos para salud mental.
- Tratamientos efectivos relacionados con el tratamiento propuesto.
- Marcos teóricos psicológicos con impacto en salud mental.

RESULTADOS

El tratamiento propuesto en la fase 1 encuentra que es promovido dentro de las corrientes de psicoterapia humanista, como la Terapia Gestalt propuesta por Fritz Perls (2013) (Yontef & Jacobs, 2008), en la Terapia Transpersonal (Celis, 2000; Martorell & Martorell, 2011), en la corriente Mindfulness (Salmon et al., 2011), en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Soriano & Salas, 2006) y en la Terapia EMDR (Steele, van der Hart & Ninjenhuis, 2004). El tratamiento recogido dentro de la fase 2 encuentra componentes similares en la Terapia Centrada en la Persona de Carl Rogers (1957) (Moore & Oosthuizen, 1997) y en la Terapia Cognitivo-Conductual en toma de decisiones y creación de rutinas (Caballo, 2008). La fase 3 encuentra referencias en la Logoterapia promovida por Viktor Frankl (Frankl, 2011; Lucas, 2010; García-Alandete, 2014). Por último, el tratamiento recogido en la fase 4 encuentra componentes similares en el psicoanálisis Jungiano (Amid et al., 2020), en la Logoterapia (Amid, Aron & Bachar, 2020) y parece estar incluida en varias tradiciones terapéuticas de forma no explícita (Greene, 2020).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES

Cada una de las fases del tratamiento propuesto encuentra apoyo no solo dentro del marco teórico del sentido vital, sino que además son respaldadas por diferentes enfoques de tratamiento vigentes en la psicología.

PALABRAS CLAVE

Sentido vital, trascendencia, propuesta de tratamiento, perspectiva integradora.

COMUNICACIÓN 3:

IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN NEUROCONDUCTUAL EN LA REHABILITACIÓN

AUTOR

- **Alberto Bonilla Miralles.** Psicólogo sanitario habilitado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Neuropsicólogo Clínico certificado por el Consejo General de la Psicología, Clinical & Ocupacional Psychologist por el Health and Care Professions Council (HCPC). Desempeña su actividad privada y en un hospital mental en Inglaterra.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En la rehabilitación neuropsicológica el clínico suele pensar en términos de funciones cognitivas olvidando en ocasiones otros apartados vitales, como puede ser la emoción y motivación, o cómo esas funciones cognitivas tienen su expresión en la conducta. La psicología debe hacer un abordaje holístico en el que se trate la complejidad humana desde distintos prismas.

DESCRIPCIÓN

Paciente DB de 43 años, ingresada en un hospital neurológico en Inglaterra para rehabilitación física y cognitiva. Es referida al servicio con un diagnóstico de malformaciones cavernosas cerebrales, caracterizada por vasos sanguíneos que se han desarrollado de manera anómala, con forma "de mora", y que con su evolución ocasionan daños cerebrales y espinales; historia de tetraplegia progresiva al nivel de la vértebra cervical C5; historia de epilepsia debida a cristalización de los vasos sanguíneos, operada mediante la inserción de una pinza; tiroidectomía con consecuente tratamiento de radioterapia a la edad de 15 años; e historial convulsivo, siendo recordado el último debut en el año 2013.

DB entró al servicio con un informe del lugar de referencia. En el apartado cognitivo, la paciente refería problemas con su memoria, así mismo, el neuropsicólogo apuntaba a un enlentecimiento cognitivo y dificultades en sus funciones ejecutivas; la rehabilitación se centró en la rehabilitación para mejorar su memoria, a petición de la paciente. A nivel emocional, no se reportaban problemas en su estado anímico ni ansioso. En el apartado conductual, no se reportaron problemáticas de agresiones físicas o verbales.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Se llevó a cabo la siguiente evaluación neuropsicológica para ver la evolución de su sintomatología y planificar su tratamiento:

- **Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS):** batería de cribado en entornos de cuidados agudos de las principales áreas cognitivas (memoria inmediata, visuoespaciales, lingüísticas, atencionales, memoria retardada). Por sus características y tiempo de aplicación, sirve tanto para la evaluación como para comprobación en aplicaciones sucesivas de la efectividad de la rehabilitación (test-retest).

DB puntuó dos o tres desviaciones típicas por debajo de la media en todas las puntuaciones excepto en la de memoria retardada, justo en

el área en la que la paciente expresaba mayores quejas subjetivas.

Se le explicaron los resultados. Por un lado, el RBANS tiene una limitación, que la distribución de las puntuaciones en la distribución normal tiene una forma muy acentuada: la normalidad recoge un 70% de los casos, y el otro 30% queda englobado en ambas colas de la distribución, 4 desviaciones típicas en cada extremo. Por otro lado, en la entrevista clínica con DB se hace patente que posee buenas habilidades sociales, es capaz de seguir el hilo de la conversación, tiene memoria suficiente, atención suficiente y unas funciones ejecutivas suficientes.

De ese modo, queda patente que la evaluación cognitiva es insuficiente, DB tiene problemas en áreas determinadas de su vida, por lo que un tratamiento centrado en la estimulación cognitiva sería costoso, extenso y por tanto, de poca utilidad. Se determinó cambiar de paradigma y hacer una evaluación centrada en sintomatología neuroconductual:

- **St. Andrews-Swansea Neurobehavioural Outcome Scale (SASNOS):** cumplimentado como cuestionario auto-aplicado y mediante observador externo para realizar una estimación de las puntuaciones. Está compuesto de las escalas relaciones interpersonales, cognición, inhibición, agresión, comunicación y una escala de puntuación total ponderada. A su vez, las escalas están subdivididas en interacción social, relaciones sociales, compromiso, función ejecutiva, atención y memoria, inhibición sexual, inhibición social, conducta provocativa, irritabilidad, agresión evidente, lenguaje y dicción, estado mental. En esta escala, la paciente DB, mostró problemas neuroconductuales en las áreas de compromiso social y de atención y memoria.
- **Neuropsychiatric Inventory (NPI):** otro cuestionario neuroconductual que se encuentra traducido al español y puede ser utilizado adicionalmente al SASNOS.
- **Neurobehavioral Rating Scale (NRS):** otro cuestionario neuroconductual que se encuentra traducido al español y puede ser utilizado adicionalmente al SASNOS.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Debido al carácter degenerativo de su enfermedad, el tratamiento se centró en compensaciones conductuales para conseguir el máximo nivel de independencia posible de DB más que en la rehabilitación de todas las áreas cognitivas comprometidas. De ese modo, se analizaron pormenorizadamente las áreas que se situaron una desviación típica por debajo de la media, "Compromiso Social" y "Atención y Memoria".

Se consensuaron entre el terapeuta y la paciente las conductas objetivo que modificar para incrementar la calidad de vida, mediante la modificación del ambiente (recordatorios visuales y verbales) y estimulación cognitiva (atención dividida). "meaning in life" y "meaning in life components". Los resúmenes encontrados a través de esta búsqueda se revisaron y seleccionaron para identificar artículos o estudios relevantes para nuestra revisión. Entre los criterios de inclusión principales, los artículos debían contener una explicación clara de la definición y dinámica del sentido vital.

PALABRAS CLAVE

Evaluación neuroconductual, neuro rehabilitación, Daño Cerebral Adquirido.

COMUNICACIÓN 4:

EFFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA AMAXOFOBIA

AUTOR

- **Sonia Rojas.** Psicóloga sanitaria, con especialidad clínica. Especialista en Psicología de la Salud. Máster en Psicología General Sanitaria. Colegiada N 24919. Tutora Colaboradora en el Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Autónoma de Madrid. Experta en Trastornos de la Personalidad. Directora del Centro de Psicología “Frenatumiedo” en Madrid.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La amaxofobia se caracteriza por la presencia de miedo o ansiedad intensa que se genera ante situaciones de conducción y que es desproporcionada con respecto al peligro real que supone el acto de la conducción bajo un determinado contexto cultural y social. Es importante resaltar cómo esta situación tiende a ser evitada por las personas que sufren esta fobia y cuando tienen que exponerse a ella lo realizan bajo niveles de ansiedad muy altos (DSM V)(American Psychiatric Association, 2013).

Estas conductas de evitación se van a producir en la mayoría de ocasiones cuando la persona perciba como amenazante la situación exterior y se perciba a sí mismo con pocas herramientas para afrontar ese mismo riesgo (Lazarus y Folkman, 1984).

La fobia a conducir se encuadra dentro de las fobias específicas de tipo situacional (Bados, 2015) es considerada un trastorno de ansiedad.

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), la estimación de prevalencia para fobias específicas es aproximadamente del 7% al 9%. Cuando nos centramos en la fobia a conducir, se considera que un 2-6% padecen este trastorno cuando las restricciones se basan en una completa eliminación de conducir o severa restricción de conducción (Blanchard and Hickling, 1997) mientras que estas cifras se elevan incluso hasta un 42-77% cuando se incluyen menores niveles de evitación (Kauch, Swinson y Kirby, 1985). Estudios más recientes como el realizado en Nueva Zelanda (Taylor, 2011) mostró cifras semejantes. El 20% de los adultos encuestados mostraba ansiedad leve por conducir y un 6% mostraban una ansiedad moderada a severa. En España, 8,5 millones de personas lo sufren, es decir, un 33% de la población “reconoce tener miedo a conducir en ciertas circunstancias”. Esta cifra disminuye a 1, 5 millones si hablamos de evitación total de la conducción (el 6% de los conductores) (Fuente: II Informe sobre Amaxofobia (2011) del Instituto de Seguridad Vial de la Fundación MAPFRE).

A pesar de su alta prevalencia y la interferencia que genera este trastorno de ansiedad sobre las diferentes esferas de la persona que lo sufre (laboral, familiar, social, personal), se trata de una fobia realmente desconocida y criticada socialmente. Por todo ello, la difusión y prevención de este tipo de patologías así como su tratamiento es realmente importante.

La intervención psicoterapéutica se plantea los diferentes objetivos en:

Individual

- Disminuir la ansiedad al volante y su sufrimiento asociado.
- Favorecer un autoconcepto positivo.
- Facilitar el desplazamiento y por tanto disminuir la interferencia que genera en las diferentes áreas de su vida.

Social

- Disminuir la prevalencia de personas que sufren amaxofobia.
- Favorecer la concienciación acerca de esta patología.

Comunitario

- Prevenir los accidentes de tráfico.

OBJETIVOS

Los objetivos del estudio son realizar una revisión bibliográfica sobre la efectividad de las diferentes técnicas y herramientas psicológicas para el tratamiento en casos de amaxofobia.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica utilizando las palabras clave como "driving phobia", "accident phobia", "specific posttraumatic phobia", "fear of driving", "travel phobia" en las fuentes de Psysinfo, Psycodoc y Dialnet. Los criterios de inclusión fueron que el artículo hubiese sido publicado a partir del año 2000 y el que el número de la muestra fuera superior a 1. Se excluyeron artículos que no fueran en inglés o español.

RESULTADOS

Existe un gran interés entre los investigadores por el uso de la tecnología VR para abordar una variedad de problemas relacionados con la conducción debido a su facilidad de manejar variables y su controlabilidad. Sin embargo, la realidad virtual es vista como herramienta clínicamente significativa en la reducción de los síntomas pero siempre y cuando se combine con tratamientos cognitivo conductuales.

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

En el tratamiento de las fobias específicas, los tratamientos más investigados y eficaces para las son la exposición en vivo (EV) a las situaciones temidas y el modelado participante (una combinación de modelado y EV). Sin embargo, en aplicación a la amaxofobia es necesaria una mayor investigación y atención empírica acerca de los tratamientos de elección.

Se reclama la importancia de una mayor formación de psicólogos y profesores de formación vial sobre esta patología tan desconocida pero con tal alta prevalencia, así como el necesario apoyo institucional desde el que se realicen campañas de prevención y tratamiento.

Sin duda, estaremos realizando una labor de prevención de accidentes de tráfico además de mejorar la calidad de vida de muchas personas.

PALABRAS CLAVE

Amaxofobia, fobia específica, seguridad vial, accidentes.

COMUNICACIÓN 5:

DOLOR CRÓNICO Y CALIDAD DE VIDA: INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DE GRUPO EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

- **Gonzalo Rey Hernández.** Psicólogo Interno Residente en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. Estoy cursando también actualmente el Máster Universitario en Neuropsicología Clínica en la Universidad Internacional de Valencia.
- **Amaia Irazabal Bengoa.** Psicóloga Interna Residente en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. Cursando actualmente el Máster en Intervención y Cuidado Familiar en la Unidad de Investigación y Cuidado Familiar.
- **Margarita López Noche.** Facultativo Especialista de Área de Psicología Clínica en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Trabajando actualmente en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del SESPA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Hablamos de dolor crónico cuando este persiste durante un período superior a 6 meses y es resistente a la terapia médica convencional (Belloch, 2008). Actualmente, representa uno de los mayores problemas de salud de los países industrializados, con una prevalencia a nivel europeo entre el 10-20%. Un estudio más detallado (Breikiv y cols., 2006 Citado en Vallejo, 2016) realizado en 15 países europeos e Israel, ofrece una prevalencia del dolor crónico de un 19%, con una notable implicación laboral (65% de bajas) y una escasa atención médica especializada (sólo el 2%). En nuestro país, entre el 10 y el 23% sufre dolor crónico (Moix y Kovacs, 2009). Es por eso que, ante la eleva repercusión en la calidad de vida, parece necesario el abordaje de esta problemática a través de grupos psicoterapéuticos en atención primaria que permitan disminuir la disfuncionalidad que genera en estos pacientes, fomentando así el abordaje multidisciplinar de esta problemática.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es la aplicación de una intervención psicoterapéutica en atención primaria en un grupo de personas diagnosticadas de dolor crónico, así como el análisis de los resultados obtenidos.

MÉTODO

- **Diseño de estudio:** Se trata de un estudio experimental no aleatorizado. Se pretende analizar el impacto de una intervención psicológica estructurada en la calidad de vida de personas con dolor crónico. La selección de los participantes se realizó a través de una entrevista, por lo que se llevó a cabo de forma no aleatorizada.
- **Participantes:** El grupo estaba formado por 11 mujeres con edades comprendidas entre los 30 y los 58 años, de las cuales 7 de ellas finalizaron el programa de intervención completo. Estas personas fueron derivadas por el servicio de atención primaria y por el servicio

de salud mental.

- **Instrumento:** Tanto en la primera como en la última sesión se administró el cuestionario WHOQOL-BREF. Se trata de una prueba elaborada por la Organización Mundial de la Salud para evaluar la calidad de vida en 4 dimensiones: salud física, ambiente, relaciones sociales y salud psicológica.
- **Procedimiento:** Se realizó una entrevista individualizada con cada usuaria derivada por el servicio de atención primaria y el servicio de salud mental con el objetivo de valorar la homogeneidad del grupo y el beneficio que podían obtener del mismo. Para ello, se establecieron los siguientes criterios de exclusión: menores de 18 años y mayores de 65, consumo de tóxicos, diagnóstico de trastorno mental severo, dificultades cognitivas y conductas delictivas o agresivas. El programa estaba estructurado en 7 módulos siendo un total de 14 sesiones.
 - Psicoeducación sobre el dolor crónico.
 - Expresión emocional libre.
 - Relajación y atención sobre el propio cuerpo.
 - Proceso de adaptación.
 - Comunicación y asertividad.
 - Identidad del yo y enfermedad.
 - Apoyo familiar.
- **Análisis estadístico:** Mediante el programa estadístico SPSS se calcularon los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de cada dimensión. Se empleó la prueba Shapiro-Wilk para comprobar si la muestra se ajustaba a la distribución normal. Para los estadísticos de contraste se utilizó la prueba no paramétrica Wilcoxon de dos muestras independientes.
- **Aspectos éticos:** Se proporcionó un consentimiento informado verbal y escrito a las diferentes participantes del grupo en lo referente al uso de datos con fines de investigación. Así mismo, se asegura la privacidad y la protección de datos de información que pueda identificar a las participantes. Los autores de esta investigación declaramos que no existen conflictos de intereses.

RESULTADOS

En la dimensión de Salud Psicológica existe una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.049$) entre la medida pre-intervención y post-intervención. En las dimensiones de Salud física y Relaciones Sociales existe una diferencia, aunque no es estadísticamente significativa ($p>0.05$). Por último, en la dimensión Ambiente no se encuentran cambios.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

La intervención psicológica en personas con dolor crónico mejora la calidad de vida en la dimensión de Salud Psicológica (sentimientos positivos, pensamiento/ aprendizaje/ memoria concentración, autoestima, imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, espiritualidad/ religión/ creencias personales), por ello consideramos de gran relevancia este tipo de intervenciones para personas con dolor crónico en dispositivos de Atención Primaria.

PALABRAS CLAVE

Dolor crónico, salud psicológica, atención primaria.

COMUNICACIÓN 6:

ADAPTACIÓN BREVE DE LA TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL APLICADA A FAMILIARES DE PERSONAS CON TLP

AUTORES

- **Sara Fonseca-Baeza.** Psicóloga general sanitaria, con formación específica en Family Connections Leader Training. Actualmente trabaja en la Universidad de Valencia, donde imparte docencia y realiza su tesis doctoral “Familiares de personas con Trastornos de Personalidad: evaluación de su salud mental e intervenciones para mejorar su bienestar”, aplicando el programa Family Connections en varias instituciones.
- **Verónica Guillén Botella.** Psicóloga sanitaria, con amplia experiencia en la evaluación y el tratamiento de Trastornos de la Personalidad (TP). Actualmente es profesora ayudante a doctor en la Universidad de Valencia y codirectora del Máster en Intervención Interdisciplinar en TCA, TP y Trastornos Emocionales. Su área de especialización son las intervenciones para familiares de pacientes con TP.
- **Heliodoro Marco Salvador.** Psicólogo sanitario, con amplia experiencia en la evaluación y el tratamiento de los Trastornos de la Personalidad al trabajar en el Centro Clínico de Psicología Previ. Actualmente es profesora ayudante a doctor en la Universidad de Valencia en el departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Su área de especialización es la prevención del suicidio.
- **Amparo Navarro Sánchez.** Psicóloga clínica. Ha trabajado en diversos centros durante su residencia y tras la misma, entre los que se encuentra el Centro Clínico de Psicología PREVI, especializado en trastornos de la personalidad. Actualmente también es docente del ISEP.
- **Isabel Fernández.** Psicóloga general sanitaria, con formación específica en Family Connections Leader Training. Actualmente realiza su tesis doctoral comprobando la eficacia del programa Family Connections en familiares de pacientes con TLP en España.
- **Amanda Díaz.** Psicóloga general sanitaria. Actualmente disfruta de un contrato de investigación Postdoctoral en la UJI, y colabora en múltiples estudios sobre la eficacia de diferentes programas de intervención.
- **Azucena García-Palacios.** Especialista en Psicología Clínica. Actualmente es Catedrática en la Universidad Jaume I. En los últimos años se ha centrado en el estudio y el tratamiento desde perspectivas cognitivo-comportamentales de diversos trastornos psicológicos.
- **Cristina Botella.** Especialista en Psicología Clínica. Ha dedicado gran parte de su carrera a someter a prueba la utilización de las tecnologías de la información y comunicación para mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia de los protocolos de evaluación y tratamientos psicológicos.
- **Rosa María Baños Rivera.** Especialista en Psicología Clínica. Actualmente Catedrática en la Universidad de Valencia y codirectora del Máster en Intervención Interdisciplinar en TCA, TP y Trastornos Emocionales. En los últimos años se ha centrado en la aplicación de las Tecnologías.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El trastorno de personalidad límite (TLP) es un trastorno complejo caracterizado por un patrón generalizado de dificultades, incluyendo la esregulación emocional, las conductas autodestructivas y las dificultades en las relaciones interpersonales. Los familiares de pacientes con TLP experimentan frecuentemente un elevado sufrimiento, ansiedad y depresión, y se encuentran inmersos en un clima familiar disfuncional. A pesar de ello, las intervenciones específicas para los familiares son escasas y presentan limitaciones metodológicas.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio piloto fue evaluar la eficacia del entrenamiento estándar en habilidades de la Terapia Dialéctica-Comportamental, abreviado y adaptado para familiares de pacientes con TLP. Se espera que haya una disminución en sus niveles de depresión, ansiedad y emoción expresada, y una mejora en su capacidad de regulación emocional.

DISEÑO

Se trata de un estudio piloto cuasi-experimental, sin grupo control, con una evaluación pre-post intervención intrasujeto.

PARTICIPANTES

La muestra estuvo formada por 12 familiares de pacientes con TLP (50% mujeres; edades comprendidas entre los 46 y los 80 años, $M = 61$, $DT = 10.67$).

MÉTODO

Se administró el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la Escala General de Gravedad e Interferencia de la Ansiedad (OASIS), la Escala de Nivel de Emoción Expresada (LEE-S) y la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS) antes y después de la intervención.

ANÁLISIS DE DATOS

Los análisis de datos se llevaron a cabo mediante el programa estadístico SPSS para Windows, versión 25 (IBM Corp, 2017). En un primer momento se realizaron pruebas descriptivas de las variables sociodemográficas. Posteriormente, se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para comprobar si existían diferencias antes y después de la intervención en las variables estudiadas. Por último, como medida del tamaño del efecto, se calculó la d de Cohen.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se ha sido aprobado por el comité de ética de la Universitat de València, y se ha realizado siguiendo la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos mostraron mejoras significativas en variables relevantes como: depresión, ansiedad, actitud negativa hacia la enfermedad, hostilidad y desatención.

CONCLUSIONES

Estos resultados muestran cómo las intervenciones pueden ayudar a mejorar la sintomatología de los familiares y el clima familiar, poniendo de manifiesto la necesidad de profundizar en esta línea y analizar qué intervenciones podrían resultar de mayor utilidad, tanto para los familiares como para los pacientes.

PALABRAS CLAVE

Terapia Dialéctica-Comportamental, intervenciones, TLP, familiares, cuidadores.

COMUNICACIÓN 7:

TRATAMIENTO DEL SENTIDO VITAL DURANTE LA SITUACIÓN COVID-19. EFECTO REDUCTOR Y AMORTIGUADOR DE SINTOMATOLOGÍA

AUTORES

- **Manuel Frías Rico.** Psicólogo General Sanitario. Especialista en Sentido Vital y Crecimiento Personal. Formación en Psicología Integradora, Terapia Sistémica y Gestalt. Doctorando en Biotecnología, Medicina y CC.Biosanitarias. Investigador y formador. Experto en adultos, pareja y familia. Nº de Colegiado: M-34210. Psicólogo Colaborador en Paz de Roda Centro de Psicología y Paz de Roda Formación.
- **Inés Bárcenas Taland.** Psicóloga General Sanitaria. Especialista en psicoterapia psicodinámica y humanista. Formación en Logoterapia. Investigadora y profesora asociada de investigación cualitativa en Universidad Francisco de Vitoria. Presidente de la asociación Necesito Terapia. Nº de colegiado: M28555. Psicóloga colaboradora en la Consulta Doctor Carlos Chiclana, en la Ruber Internacional y en el Centro Velázquez.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El sentido vital se asocia a una mejor salud mental y bienestar psicológico y su ausencia a una aparición de síntomas relacionados con ansiedad, depresión y estrés. La aparición de una nueva forma de Coronavirus (2019-nCoV) ha creado una situación particularmente sintomática en toda la población mundial. Es por ello que, ahora más que nunca, es necesario invertir esfuerzos en investigación para consensuar un tratamiento preciso y eficaz que primero amortigüe y luego reduzca o elimine el impacto sintomatológico en la salud mental de la población mundial.

El objetivo del presente estudio es probar la eficacia de un tratamiento propuesto para el sentido vital y evaluar su efecto amortiguador.

METODOLOGÍA

Dos experimentos fueron llevados a cabo.

Experimento 1:

- **Objetivo:** Comprobar si las personas que iniciaron un tratamiento para el sentido vital previo a la aparición de la situación COVID redujeron el impacto sintomático con respecto a los síntomas presentados al inicio de la terapia.
- **Muestra:** 8 casos de pacientes que iniciaron su tratamiento en sentido vital antes de la aparición de la situación COVID-19 y que continuaron el tratamiento tras la aparición de la situación COVID-19. Todos acuden al inicio del proceso terapéutico presentando síntomas de depresión, estrés o ansiedad. Todos los pacientes se encontraban asintomáticos antes de que apareciera la situación COVID-19.

- Instrumentos: Entrevista psicológica: Entrevista cualitativa de síntomas depresivos, ansiosos o de estrés y registro sociodemográfico. DASS-21 versión abreviada traducida: Instrumento estandarizado que permite detectar las patologías de ansiedad, depresión y estrés.
- Procedimiento: Los pacientes fueron sometidos a tres mediciones distintas de su nivel de sintomatología a través de la entrevista psicológica y de la aplicación del DASS-21. La primera evaluación de síntomas (E1) se realizó al inicio del tratamiento psicológico. Además se incluyó en la entrevista un registro sociodemográfico. La segunda evaluación de síntomas (E2) se realizó varias semanas antes de la aparición de la situación COVID-19 coincidiendo con el inicio del mes de marzo. La tercera evaluación de síntomas (E3) se realizó durante la primera semana después de la aparición de la situación COVID-19. Entre la E1 y la E2 se les aplicó el tratamiento propuesto para el sentido vital.
- Diseño: El diseño del experimento 1 es no experimental, cuantitativo, longitudinal de cohorte.
- Análisis: Comparación de muestras entre E1 y E3.
- Resultados y discusión: El grado de sintomatología presentada por todos los casos en E1 fue mayor que el grado de sintomatología presentada en E3, salvo en uno de los casos en sintomatología depresiva, que fue el mismo en E1 y E3. Por tanto, el impacto sintomático relacionado con la situación COVID-19 fue menor que la sintomatología derivada del motivo de consulta inicial del paciente. Así, parece que el tratamiento en sentido vital antes de la situación COVID-19 permitió un mejor ajuste psicológico de los pacientes de la situación, produciendo un efecto protector o amortiguador en el incremento de la sintomatología en estrés, ansiedad y depresión derivados de la situación COVID-19.

Experimento 2:

- Objetivo: Comprobar la eficacia del tratamiento para sentido vital durante la situación COVID-19.
- Participantes: Misma muestra que en el Experimento 1.
- Instrumentos: Mismos instrumentos que en Experimento 1.
- Procedimiento: Los pacientes fueron sometidos a dos mediciones de su nivel de sintomatología a través de la entrevista psicológica y de la aplicación del DASS-21. La primera evaluación de síntomas (PreT - E3 en el experimento 1) se realizó durante la semana posterior a la aparición de la situación COVID-19. La segunda evaluación (PostT) se realizó 6 semanas después de la aparición de la situación COVID-19.
- Entre la evaluación PreT y la PostT se les aplicó el tratamiento para el sentido vital, en algunos casos hasta la fase 4 dependiendo de la evolución de los pacientes al tratamiento de las fases anteriores. El diseño del experimento 2 es cuasi-experimental, cuantitativo, longitudinal de medidas repetidas.
- Análisis: Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS 20 y R commander. Se inició la evaluación con una prueba de fiabilidad alpha de Cronbach de las medidas de las escalas pre y post test. Se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk con el fin de comprobar la normalidad de los datos con cada una de las escalas. Todas las escalas presentaron una distribución normal, por lo que procedió con el análisis de t de Student para muestras relacionadas. Por último, se aplicó una prueba d de Cohen para calcular el efecto de la intervención.
- Resultados y discusión: Los análisis de la t de Student para muestras relacionadas revelan cambios estadísticamente significativos entre la medida pre y la medida post tratamiento en las tres escalas. En la escala de Estrés ($M=6.37$; $Dt=1.40$; $t=12.807$, $p=.00$), en la de Ansiedad ($M=2.875$; $Dt=.640$; $t=12.68$; $p=.00$) y en la escala de Depresión ($M=5.37$; $Dt=1.76$; $t=8.60$, $p=.00$). La prueba d de Cohen indica un efecto grande del efecto de la intervención en las escalas de Estrés (d de Cohen=.93) y Depresión (d de Cohen=.81). Sin embargo, la prueba d de Cohen indica un efecto moderado del efecto de la intervención en la escala de Ansiedad (d de Cohen=.77).

CONCLUSIÓN GENERAL

Se concluye que el tratamiento para el sentido vital demostró su eficacia frente a los síntomas presentados por la situación COVID-19.

ASPECTOS ÉTICOS

Las consideraciones éticas fueron marcadas por el Código Deontológico del psicólogo durante la praxis clínica. Un consentimiento informado de participación en los experimentos garantizó la confidencialidad, transparencia y posibles implicaciones en la salud mental de los pacientes. Los datos fueron tratados conforme establece la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales y el Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679.

PALABRAS CLAVE

Sentido Vital, psicoterapia, COVID 19.

COMUNICACIÓN 8:

IMPLEMENTACIÓN DE “FAMILY CONNECTIONS” EN UNA ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD

AUTORES

- **Sara Fonseca-Baeza.** Psicóloga general sanitaria, con formación específica en Family Connections Leader Training. Actualmente trabaja en la Universidad de Valencia, donde imparte docencia y realiza su tesis doctoral “Familiares de personas con Trastornos de Personalidad: evaluación de su salud mental e intervenciones para mejorar su bienestar”, aplicando el programa Family Connections en varias instituciones.
- **Verónica Guillén Botella.** Psicóloga sanitaria, con amplia experiencia en la evaluación y el tratamiento de Trastornos de la Personalidad (TP). Actualmente es profesora ayudante a doctor en la Universidad de Valencia y codirectora del Máster en Intervención Interdisciplinar en TCA, TP y Trastornos Emocionales. Su área de especialización son las intervenciones para familiares de pacientes con TP.
- **Heliodoro Marco Salvador.** Psicólogo sanitario, con amplia experiencia en la evaluación y el tratamiento de los Trastornos de la Personalidad al trabajar en el Centro Clínico de Psicología Previ. Actualmente es profesora ayudante a doctor en la Universidad de Valencia en el departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Su área de especialización es la prevención del suicidio.
- **Amparo Navarro Sánchez.** Psicóloga clínica. Ha trabajado en diversos centros durante su residencia y tras la misma, entre los que se encuentra el Centro Clínico de Psicología PREVI, especializado en trastornos de la personalidad. Actualmente también es docente del ISEP.
- **Isabel Fernández.** Psicóloga general sanitaria, con formación específica en Family Connections Leader Training. Actualmente realiza su tesis doctoral comprobando la eficacia del programa Family Connections en familiares de pacientes con TLP en España.
- **Amanda Díaz.** Psicóloga general sanitaria. Actualmente disfruta de un contrato de investigación Postdoctoral en la UJI, y colabora en múltiples estudios sobre la eficacia de diferentes programas de intervención.
- **Azucena García-Palacios.** Especialista en Psicología Clínica. Actualmente es Catedrática en la Universidad Jaume I. En los últimos años se ha centrado en el estudio y el tratamiento desde perspectivas cognitivo-comportamentales de diversos trastornos psicológicos.
- **Cristina Botella.** Especialista en Psicología Clínica. Ha dedicado gran parte de su carrera a someter a prueba la utilización de las tecnologías de la información y comunicación para mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia de los protocolos de evaluación y tratamientos psicológicos.
- **Rosa María Baños Rivera.** Especialista en Psicología Clínica. Actualmente Catedrática en la Universidad de Valencia y codirectora del Máster en Intervención Interdisciplinar en TCA, TP y Trastornos Emocionales. En los últimos años se ha centrado en la aplicación de las Tecnologías.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad (TP) son algunos de los trastornos psicológicos con mayor impacto en la vida de las personas que los padecen y, al igual que en otras enfermedades mentales, sus familias también se ven afectadas. Los familiares de las personas con TP experimentan sobrecarga, ansiedad y depresión, y están inmersos en un entorno familiar disfuncional. Hasta el momento, las intervenciones para los familiares de las personas con TP han sido escasas, y la mayoría de los programas existentes están dirigidos a los familiares de las personas con trastorno de la personalidad límite, siendo el programa "Family Connections" (Hoffman et al., 2005) el que cuenta con un mayor apoyo empírico.

OBJETIVOS

El presente estudio tiene como objetivos (a) Analizar las dificultades de implementación del programa Family Connections en una asociación de familiares de personas con trastorno de personalidad, y (b) Explorar la eficacia del programa para disminuir la sobrecarga, la ansiedad y la depresión, y para mejorar la percepción del funcionamiento familiar en los familiares.

DISEÑO

Se trata de un estudio piloto cuasi-experimental, sin grupo control, con una evaluación pre-post intrasujeto.

PARTICIPANTES

La muestra estuvo formada por 11 padres (81.8% mujeres; con edades comprendidas entre los 50 y los 63 años, $M = 58.64$, $DT = 3.61$) de 9 personas con TP: 55% TLP ($n = 5$), 11% TP Antisocial ($n = 1$), y 33% TP no especificado ($n = 3$).

MÉTODO

Los familiares pertenecientes a la asociación fueron informados de la posibilidad de participar en este estudio, y aquellos interesados firmaron el consentimiento informado. Se administraron la Escala de Valoración de la Carga por Enfermedad (BAS), la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), y el Dispositivo de Evaluación Familiar - La Escala de Funcionamiento Global (FAD-GFS) antes de la intervención y tras la misma. Family Connections es una intervención grupal de 12 semanas cuyo objetivo es proporcionar apoyo e instruir a los familiares en diferentes habilidades características de la Terapia Dialéctica-Comportamental (Linehan, 1993). El grupo fue dirigido por dos psicólogas sanitarias con formación específica.

ANÁLISIS DE DATOS

Todos los análisis se llevaron a cabo mediante el programa estadístico SPSS para Windows, versión 25 (IBM Corp, 2017). En un primer momento se llevaron a cabo pruebas descriptivas de las variables sociodemográficas. Posteriormente, se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para estudiar si existían diferencias en las variables estudiadas antes y después de la intervención. Por último, se calculó la d de Cohen como medida de tamaño del efecto.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio ha sido aprobado por el comité de ética de la Universitat de València, y se ha llevado a cabo siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Los resultados muestran que tras la intervención se produjo una disminución en los niveles de sobrecarga ($p = 0.03$, $d = 0.92$), ansiedad ($p = 0.08$, $d = 0.59$) y estrés ($p = 0.09$, $d = 0.45$), y una mejora en los niveles de funcionamiento familiar ($p = 0.04$, $d = 0.41$) percibidos por el familiar.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en estudios previos muestran cómo Family Connections mejora la sintomatología de los familiares de pacientes con TLP y el clima familiar percibido por los familiares. Sin embargo, hasta donde sabemos, esta es la primera vez que el programa es llevado

a cabo en el contexto de una Asociación de familiares de personas con diversos TP, obteniendo resultados prometedores. No obstante, es necesario seguir explorando esta línea de conocimiento y examinar qué intervenciones podrían ser más útiles, tanto para los familiares como para los pacientes, en función del TP del paciente y del contexto de implementación.

PALABRAS CLAVE

Family Connections, intervenciones, trastornos de personalidad, TLP, familiares.

COMUNICACIÓN 9:

LA RELEVANCIA DEL PADRE AUSENTE EN EL ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES A LO LARGO DE LA VIDA

AUTOR

- **Paula María Marco Coscujuela.** Residente de Psicología Clínica en el Hospital Universitario de Getafe.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Caso clínico en seguimiento en un Centro de Salud Mental que resulta interesante para reflexionar acerca de la influencia de las primeras vivencias infantiles.

DESCRIPCIÓN

Cristóbal tiene 31 años y acude al CSM al presentar ansiedad asociada a un conflicto laboral. El paciente ya había iniciado tratamiento en otras dos ocasiones y descubrimos un hilo conductor: la primera, en la adolescencia, momento de diferenciación familiar y búsqueda de autonomía; la segunda, al casarse, y la tercera ahora, cuando al conflicto laboral se suma el nacimiento de su hijo. Estas dos últimas también coinciden con transiciones en las que se interpela a la madurez del sujeto. Por tanto, nos encontramos ante un indicio de que la sintomatología puede no estar únicamente generada por el motivo laboral.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Entendiendo que la sintomatología traída a consulta solo era el reflejo superficial de déficits más profundos, el objetivo inicial del tratamiento fue ayudar al paciente a estructurar su mundo interno. Dado que, cuando el paciente acudió a terapia, también presentaba una desorganización generalizada en los horarios de sueño y comidas que le generaba tensión y disputas con su mujer, estimé importante empezar a trabajar desde lo externo, proporcionándole pautas básicas para reorganizar sus hábitos diarios. Así, el paciente empezó pronto a contemplar beneficios tangibles en su día a día, ganando confianza en sí mismo y pudiendo embarcarse en un tratamiento psicoterapéutico más profundo.

El paciente refirió una infancia complicada, vínculos inseguros con sus progenitores y un padre ausente con quien nunca llegó a establecer una relación de seguridad y apoyo. Considerando este foco como una fuente importante de su malestar, en las sesiones se realizó un acompañamiento para facilitar un espacio donde el paciente pudiese reflexionar sobre la imagen de sí mismo y profundizar en la vivencia de sus experiencias pasadas. De esta forma, lograría co-construir una experiencia restitutiva que le permitiera reconciliarse con su pasado, dejando de estar anclado en una relación paternofamiliar que le daña y que, de alguna manera, le estaba impidiendo mantener una vida funcional y la relación que le gustaría con su hijo.

El proceso no fue sencillo. Cristóbal trataba de construir un rol de padre a través de la identificación negativa con el suyo. La referencia que obtuvo de éste nunca le ha parecido adecuada, y a día de hoy le atemoriza la posibilidad de repetir el patrón relacional. Por lo que Cristóbal

transmite, su padre no se ocupa de las relaciones familiares. El ideal del paciente en cuanto a la familia es distinto, pero la imposibilidad de alcanzar este deseo idealizado le genera una frustración que no sabe manejar. En apariencia, las vivencias de su infancia se han ido manteniendo latentes, y en momentos relacionados con las fallas parentales, la ansiedad se ha puesto de manifiesto como síntoma.

RESULTADO

El paciente muestra dificultades para adaptarse a los cambios, especialmente aquellos que implican un hito en la adquisición de responsabilidades y madurez. Nos hallamos ante una persona que se encuentra permanentemente rumiando y anticipando acontecimientos, lo que a menudo le lleva a sentir ansiedad, sensación de peligro e insatisfacción. Le cuesta acceder a sus emociones y salir de lo puramente racional, lo que a menudo complica la intervención psicológica. Muestra una imagen de sí mismo dañada, cargada de sentimientos de ineficacia, desvalorizada y con un narcisismo herido. Se observa cómo la tortuosa relación con su padre le ha acompañado e influido notablemente en su manera de relacionarse con los que le rodean; este conflicto se mantiene activo a día de hoy.

CONCLUSIÓN

Desde el plano teórico se constata que la falta de cariño y reconocimiento en la crianza dejan huellas madurativas. Así, los niños que se han criado en dichas circunstancias adolecen, al crecer, de una mayor desconfianza e inseguridad, con tendencia a la desvalorización y dificultad para ejercer la autoridad. Estos niños se muestran generalmente más dependientes de sus figuras de referencia como estrategia para mantener la cercanía que requieren, lo que acentúa su inmadurez.

En el caso de Cristóbal, los vínculos inseguros establecidos con las figuras de apego iniciales han determinado la posición que ha ido adoptando en sus relaciones, y han cristalizado en una dificultad manifiesta para vincularse con el otro. Esto queda patente cuando el paciente relata sus circunstancias: de niño sufría al relacionarse con sus compañeros de clase, durante la adolescencia con sus iguales, y más tarde con sus compañeros de trabajo y su mujer. En definitiva, se observa cómo las vivencias infantiles, el sentimiento de abandono y el déficit narcisista han teñido el resto de relaciones que el paciente ha ido construyendo a lo largo de su vida.

Para conseguir romper el círculo, la terapia se ha dirigido a promover la toma de conciencia por parte del paciente de su forma de establecer vínculos, al objeto de que los pueda procesar y, a través de espacios en los que descargue su dolor, pueda sanar sus relaciones. Por tanto, una introspección acerca de lo vivido en su infancia y las relaciones afectivas que ha ido constituyendo puede ofrecer al paciente un marco de seguridad alternativo a pesar de que el modelo inicial de referencia no lo sea.

APORTACIÓN CLÍNICA

Presento este caso con la intención de reflexionar sobre la importancia de profundizar en los casos clínicos, sin quedarnos únicamente con el motivo de consulta aparente que, en ocasiones, puede enmascarar aspectos latentes tan relevantes como los descritos.

Me parece interesante preguntarnos cómo el sentimiento de abandono puede moldear las experiencias de vida y cómo, desde nuestra figura de terapeutas, podemos ayudar a los pacientes en la elaboración e integración de dichas experiencias, permitiéndoles construir nuevas narrativas.

PALABRAS CLAVE

Padre ausente, abandono, vínculo.

COMUNICACIÓN 10:

LA VIOLENCIA DE GÉNERO, ¿QUÉ PODEMOS HACER LOS PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA?

AUTOR

- **Carlota Inés Sumillera Diéguez.** Psicóloga interna residente de 4º año en Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón). Máster en trastornos de la personalidad (UCM). Graduada en Psicología (UCM).
- **María Fernández Gordo.** Psicóloga interna residente de 3º año en Hospital Universitario San Agustín (Avilés). Máster en terapia familiar. Graduada en Psicología (Universidad de Salamanca).
- **Jorge Iglesias Fernández.** Orientador en equipo de orientación educativa del oriente de Asturias. Máster en profesor secundaria obligatoria y bachillerato, formación profesional y enseñanza de idiomas (modalidad orientación educativa) (Universidad de Salamanca). Graduado en Psicología (Universidad de Oviedo).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Se entiende como violencia contra la mujer o violencia de género “todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”. (ONU, 1995)

Algunos estudios internacionales han estimado que entre el 11% y el 13% de las parejas experimentan a lo largo de su relación algún episodio de violencia física. Los estudios han considerado que el índice de denuncia representaría entre el 5 y el 10% de los casos que realmente acontecen. En general, se considera que la violencia que tiene lugar dentro del ámbito familiar posee una serie de características que la diferencian de otro tipo de violencia: lo habitual es que sea el hombre quien ejerza esa violencia y la mujer sea víctima de esos malos tratos. También es habitual que esta violencia se dé dentro del seno familiar y que haya uno o varios hijos de la pareja, o al menos de uno de los miembros de esta pareja. El maltrato siempre acaba teniendo efectos perjudiciales y destructivos para las víctimas que son las mujeres y los hijos o hijas de la pareja.

OBJETIVOS

Como objetivos de esta revisión bibliográfica nos planteamos realizar una revisión exhaustiva de los tipos de violencia de género que se han descrito hasta la actualidad, el perfil psicológico del maltratador, y de los distintos modelos teóricos que hasta hoy han tratado de explicar cómo se inicia o se mantiene una situación de violencia de género. Por último, hablaremos de los distintos programas de tratamiento psicológico que existen: para el hombre que maltrata a su pareja, sin dejar a un lado las limitaciones de este tipo de tratamiento. Planteamos la importancia del tratamiento al hombre, como una de las medidas para evitar nuevas víctimas de violencia de género.

METODOLOGÍA

Para el presente trabajo hemos revisado los siguientes manuales:

- Echeburúa, E. (1994). Personalidades violentas. Madrid: Pirámide
- Echeburúa, E. y Fernández – Montalvo, J. (2001). Celos en la pareja: una emoción destructiva. Barcelona: Planeta
- Fariña, F., Arce, R., y Buela-Casal, G. (2009). Violencia de género: tratado psicológico y legal. Madrid: Biblioteca Nueva Ravazzola, M. C. (1997). Historias infames: los maltratos en las relaciones. Buenos Aires: Paidós SAICF
- Redondo Illescas, S. (2008). Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes. Madrid: Pirámide

También hemos consultado los siguientes documentos:

- Carbajosa Vicente, P., Lila Murillo, M., Negredo López, L. y Pérez Ramírez, M. (2011). El delito de violencia de género y los penados extranjeros. Secretaría General Técnica - Ministerio del interior
- Pérez Ramírez, M., Giménez-Salinas Framis, A. y De Juan Espinosa, M. (-). Evaluación del programa “Violencia de género: programa de intervención para agresores”, en medias alternativas. Secretaría General Técnica – Ministerio del interior
- Yagüe Olmos, C. (-). El delincuente de género en prisión: estudio de las características personales y criminológicas y la intervención en el medio penitenciario. Secretaría General Técnica – Ministerio del interior

DISCUSIÓN

En el presente trabajo podemos trazar una idea global de cómo se encuentra la situación en nuestro país acerca de la violencia de género, y el tratamiento de los maltratadores. Nos parece importante centrarnos en el trabajo con los agresores a pesar de ser algo controvertido, ya que hay que tener en cuenta que estas personas llevan una historia a sus espaldas, y de no obtener una ayuda terapéutica, las probabilidades de que repitan el modelo de relación de maltrato con sus parejas son altísimas.

También parece muy importante dedicarle mayores esfuerzos a la educación de los niños y niñas. Podemos deducir de lo expuesto en este trabajo, que la violencia de género es consecuencia de múltiples factores, no podemos olvidar la relevancia de los factores sociales y culturales que afectan al desarrollo de las personas inmersas en la sociedad. Por lo tanto, parece importante dedicar tiempo en proponer programas de prevención para desarrollar en el medio escolar.

PALABRAS CLAVE

Violencia de género, maltrato, prevención, tratamiento.

COMUNICACIÓN 11:

PROPUESTA DE GRUPO PSICOTERAPÉUTICO EN HOSPITAL DE DÍA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

AUTOR

- **Aida Fernández Lara.** Residente de Psicología Clínica (PIR) en el Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias. Actualmente en el tercer año de mi formación. También curso el Máster Universitario de Intervención y Cuidado Familiar en la Universidad de A Coruña, con el objetivo de mejorar mis conocimientos de terapia sistémica.
- **Daniel Barcenilla Barcenilla.** Psicólogo Interno Residente (PIR) en el Hospital de Cabueñes, Asturias. Actualmente en el último año de formación y a pocos meses de conseguir el título de especialista. Cursa el segundo año del Máster en Intervención y Cuidado Familiar de la Universidad de A Coruña.
- **Gonzalo Rey Hernández.** Psicólogo interno residente (PIR) en el Hospital de Cabueñes, actualmente en el segundo año de formación. Cursa el Máster en Neuropsicología Clínica.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Durante nuestra formación como Psicólogos Internos Residentes realizamos la rotación de Trastornos de la Conducta Alimentaria en un Hospital de Día. Fruto de la experiencia en ella y por el interés que ha despertado en nosotros, buscamos nuevas intervenciones que puedan ayudar a completar el programa de este tipo de dispositivos. En nuestro caso, nos gustaría proponer una intervención en formato grupal, basado en la externalización, que busca a distanciarse de la identificación con el problema y mejorar sus estrategias de afrontamiento.

A pesar de la importancia que la terapia sistemática-relacional tiene en el abordaje de este tipo de problemática, nos encontramos que las definiciones del problema que tenían las pacientes eran muy individuales. La palabra enfermedad estaba muy presente y su individualidad estaba muy marcada por la problemática, como algo que definía a las personas usuarias. Por ello y para reducir esta identificación, el pilar central de nuestro grupo será la utilización de la técnica de externalización del problema.

En los Hospitales de Día y en la mayor parte de nuestros recursos sanitarios, la principal forma de intervenir es de manera individual. Sin embargo, cada vez más estudios indican la importancia de incluir las terapias en formato grupal, ya que es la mejor forma para llegar a las personas usuarias teniendo en cuenta la relación coste-beneficio. Es ideal para utilizar en los recursos públicos.

OBJETIVOS

El objetivo principal del grupo será reducir la identificación de la persona con el problema de conducta alimentaria y generar estrategias que alivien el malestar psicológico y emocional generado por el mismo. Esto se puede manifestar en:

- Mejora del estado subjetivo.
- Mayor conciencia sobre los conflictos interpersonales, así como las estrategias de afrontamiento pertinentes para resolverlos.
- Mayor distanciamiento emocional y menor reactividad a la hora de hablar del problema.
- Fomento en el manejo y uso de recursos individuales en los momentos necesarios.
- Reducción de las conductas relacionadas con la problemática de conducta alimentaria.
- Mejora del auto-conocimiento, así como de los estresores principales en el momento actual.

El grupo irá dirigido a personas que estén diagnosticadas de un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Deberán ser personas usuarias del Hospital de Día en el que se vaya a llevar a cabo la actividad. El tamaño del grupo deberá tener un número mínimo de 6 participantes y un máximo de 10.

El grupo consistirá en 6 sesiones que tendrán una frecuencia semanal. La duración de cada sesión será de una hora y media aproximadamente.

El personal mínimo necesario será un Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.

PROCESO

Para utilizar como guía, proponemos un grupo semiestructurado con un contenido previsto para cada una de las sesiones:

Primera sesión – Presentación del grupo.

- Presentación del contenido del grupo así como de las participantes en el mismo. Indagar sobre las expectativas del grupo.
- Breve relato sobre la historia individual con el problema de conducta alimentaria.
- Reflexión acerca de qué significa el problema de conducta alimentaria para cada una de ellas.
- Invitación a continuar con la reflexión durante los siguientes días fuera del grupo.

Segunda sesión – Externalización del problema.

- Breve recordatorio sobre la sesión anterior.
- Representación experiencial del problema de conducta alimentaria. Yo no soy el problema. Externalización de la misma a través de diferentes técnicas artísticas.

Tercera sesión – Trabajo sobre la figura/ externalización

- Aumentar el conocimiento acerca del problema y la relación funcional que tiene con el resto de conductas de su vida:
 - ¿Qué significa?, ¿cómo se construyó?, ¿quién ayudo a construirlo?
 - ¿Qué ocultaba mi problema? ¿Qué otros problemas habría si no tuvieras este?
 - ¿Para qué me sirve el problema de conducta alimentaria? ¿Me facilita alguna cosa? ¿Qué temo si soluciono el problema?
 - ¿Qué me pierdo por tener el problema? ¿Qué tendría si no tuviera el problema?

Cuarta sesión – La familia ante mi problema

- Aumentar el insight acerca de las expectativas y conductas de la familia sobre el problema. Conocer cómo actúan los miembros de la familia con el problema.
 - ¿Cómo creen que representaría su familia el problema?
 - ¿Qué significa para su familia el problema?
 - ¿Cómo reacciona cada parte de la familia? (quienes pueden funcionar como apoyos, posiciones, cuidados, roles).
 - ¿Qué pasaría en mi familia si desaparece el problema?

Quinta sesión – Metas y Valores sin el problema

- Trabajo sobre las metas y valores importantes para cada persona participante en el grupo.
 - ¿Cómo sería si no tuviera el problema? ¿Por qué es importante para mí solucionar el problema? Proyección al futuro
 - ¿Qué hacer con el problema? Desarrollo de metas.

Sexta sesión – Cierre

- Conocer los cambios producidos y reforzarlos.
- Prevención de recaídas y búsqueda de recursos en el momento en el que vuelve a ocurrir el problema.
- Investigar sobre sugerencias o cambios en el formato del grupo.
- Despedida.

RESULTADOS

Nuestra expectativa es que este grupo sea un apoyo a la intervención psicológica individual, que permita una toma de distancia con el problema. El abordaje grupal es un formato muy potente, que permite a través de la identificación con las demás miembros del grupo, reflexionar sobre el problema y conocer nuevas estrategias de afrontamiento.

APORTACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Este programa se puede adaptar con facilidad a las necesidades de un Hospital de día. Se podría repetir en el tiempo para las nuevas personas que ingresen en el hospital. Es una manera eficiente de hacer más manejable el problema, de poder distanciarse del mismo y da impulso para nuevas actividades.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de la conducta alimentaria, externalización, terapia grupal, hospital de día.

COMUNICACIÓN 12:

INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EMOCIONAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

AUTOR

- **Isabel Margarita Borrego Hernández.** Estudiante de doctorado de la Universidad de Extremadura, Psicóloga Clínica, Neuropsicóloga y Mediadora.
- **Isabel Cuadrado Gordillo.** Catedrática de Psicología. Departamento de Psicología y Antropología. Universidad de Extremadura.
- **Guadalupe Martín-Mora Parra.** Psicóloga. Universidad de Extremadura.

RESUMEN

El número de personas con discapacidad intelectual crece al mismo ritmo que cambian sus características personales y sociales, tienen nuevas formas de vida y sus opiniones, convicciones y objetivos difieren bastante de los que tenían quienes formaban este mismo grupo de población hace tan sólo unas décadas. Por esto y por otras razones es imprescindible fomentar la prevención de la salud tanto física como emocional, la promoción de la autonomía y los hábitos saludables para una mejor calidad y cantidad de vida. Ya que los nuevos programas dirigidos desde Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) a este colectivo tiene como objetivos principal y esencial, los que nos marcamos en este proyecto piloto.

En esta investigación la muestra estará formada por 10 usuarios del Centro Ocupacional (8 mujeres y 4 hombres) seleccionándose los que tienen mayores problemas de salud física y emocional.

Las principales variables que se analizarán serán: autonomía, depresión y ansiedad.

- Instrumentos de evaluación: el cuestionario de recogida de datos (Ficha de Evaluación inicial: línea base) para elegir la muestra, La STAI-S, El Cuestionario de Depresión de Beck (BDI), SLC-90-TR (Derogatis). Registros de las familias sobre AVD.
- Tiempo: 1año (Octubre 2020 a Octubre 2021) siendo el ámbito del estudio: Socio- sanitario.
- Criterios de inclusión marcados: Ser residente en el Centro ocupacional Nuestra Señora de la Luz.
- Criterios de exclusión: No pertenecer a Centro ocupacional Nuestra Señora de la Luz de Badajoz. Así como se utilizarán procedimientos que garantizan la calidad, validez y fiabilidad. Grupo de expertos, revisión par pares, evaluación de estructura, proceso y resultados.
- Análisis de los datos: Las variables del estudio son en su mayoría cuantitativas, y algunas cualitativas. Se realizará una estadística descriptiva a través del análisis de las variables. Para la informatización de los datos se creará y desarrollará una base de datos de Microsoft Access y para el análisis estadístico se utilizará el SPSS 17.0. ®

A lo largo del tiempo se ha apreciado que los usuarios con Discapacidad Intelectual del Centro Nuestra Señora de la Luz (Plena Inclusión Extremadura) están teniendo un envejecimiento prematuro, un bajo estado de ánimo y muchas habilidades las están perdiendo.

PALABRAS CLAVE

Discapacidad, salud emocional, prevención, promoción de la salud, autonomía.

COMUNICACIÓN 13:

GRUPO DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN UN DISPOSITIVO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

AUTOR

- **María Fernández Gordo.** Psicóloga Interna Residente de tercer año del Hospital San Agustín de Avilés. Asturias. Máster en Intervención y cuidado familiar.
- **Carlota Inés Sumillera Diéguez.** Psicóloga Interna Residente de cuarto año del Hospital de Cabueñes. Asturias. Título propio en trastornos de la personalidad (UCM).
- **Carmen Aparicio Gómez.** Graduada en psicología. Máster en psicogerontología. Habilitada para el ejercicio de actividades sanitarias.
- **Rocío Bouza Fustes.** Psicóloga clínica en centro de salud mental de Zumarraga, área de infantojuvenil (Osakidetza).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El colectivo de psicólogos internos residentes, al que pertenezco, tiene la oportunidad de trabajar y formarse en un gran número de dispositivos. La experiencia de "grupo terapéutico" que expongo se desarrolló durante una de estas rotaciones, en un dispositivo de rehabilitación psicosocial, un hospital de día que trabaja con pacientes de salud mental con diagnóstico de trastorno mental grave en su mayoría (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos esquizoafectivos, etc.).

DESCRIPCIÓN

La estructura del programa fue pensada para un grupo de entre 8 y 12 pacientes (el grupo que, concretamente, dinamicé estuvo constituido por nueve pacientes, de los cuales únicamente ocho finalizaron las sesiones).

El mismo consiste en ocho sesiones de una hora y media dirigidas a realizar un trabajo de conocimiento, reconocimiento y expresión de las emociones propias y ajenas.

La frecuencia de las sesiones fue semanal, siendo duración total del grupo terapéutico de dos meses.

Los objetivos del programa fueron los siguientes:

General:

- Trabajar y mejorar el conocimiento, reconocimiento y expresión de las emociones propias y ajenas.

Específicos:

- Conocer las emociones básicas, las características de estas y su utilidad y necesidad.
- Detectar y reconocer las emociones en nosotros mismos y en otras personas.
- Trabajar la expresión de emociones y la metacomunicación.
- Realizar un análisis funcional de las emociones propias, destacando estrategias de regulación que resultan tanto efectivas como inefectivas.

El grupo es de carácter semiestructurado y el trabajo está organizado por módulos (cada módulo consta de una o varias sesiones).

Módulo 1 “Psicoeducación emocional”

- Sesión 1: Presentación del grupo e introducción
- Sesión 2: Utilidad y necesidad de las emociones

Módulo 2 “Reconocimiento de emociones”

- Sesión 3: Reconocimiento de emociones
- Sesión 4: Empatía

Módulo 3 “Expresión de emociones”

- Sesión 5: Expresión de emociones

Módulo 4 “Regulación”

- Sesión 6: Análisis funcional de mi autorregistro

Módulo 5 “Cierre”

- Sesión 7: Pintando emociones
- Sesión 8: Cierre

Antes de comenzar las sesiones grupales se le administró a los pacientes el cuestionario “TMMS-24”, basada en el “Trait-Meta Mood Scale (TMMS)” un cuestionario del grupo de investigación “Salovey y Mayer”.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones clave de la inteligencia emocional (percepción emocional, comprensión de sentimientos y regulación emocional), resulta fácil de cumplimentar y no lleva mucho tiempo.

Se volvió a administrar este cuestionario en la última sesión con el objetivo de comparar resultados, poder reflexionar y obtener algunas conclusiones.

RESULTADOS

En ningún caso se administraron y analizaron estos cuestionarios con el objetivo de realizar un trabajo de investigación con calidad y rigor metodológico, nuestra intención fue únicamente observar y reflexionar al respecto. Para facilitar la exposición y comprensión de los resultados los expondremos de la siguiente manera:

- Resultados “Pre- intervención”: De los nueve pacientes que empezaron cuatro mostraban dificultades (puntuaron por encima o por debajo del punto de corte indicado en la escala) en “atención emocional”, tres mostraban dificultades en “claridad emocional” (puntuaron por debajo del punto de corte indicado en la escala) y tres mostraban dificultades en “reparación emocional” (puntuaron por debajo del

punto de corte indicado en la escala).

- Resultados “Post- Intervención”: De los ocho pacientes que acabaron tres continuaron mostrando dificultades (puntuaron por encima o por debajo del punto de corte indicado en la escala) en “atención emocional, únicamente uno de ellos continuó mostrando dificultades en “claridad emocional” (puntuaron por debajo del punto de corte indicado en la escala) y dos continuaron mostrando dificultades en “reparación emocional” (puntuaron por debajo del punto de corte indicado en la escala). La cantidad de pacientes que mostraban dificultades en cada una de las áreas se redujo.

Por otro lado, al finalizar cada sesión se les pidió a los pacientes que valoraran de forma anónima del 1 al 10 lo interesante y productiva que les había resultado la misma. La media de puntuaciones de cada paciente y cada sesión fue de 7’41.

Sin embargo, lo que me resulta más interesante de esta experiencia es la valoración cualitativa que los pacientes y yo misma hicimos del grupo, fue un espacio seguro, en el que poder compartir vivencias y trabajar con la subjetividad. Para mi formación como psicóloga y terapeuta fue un contexto tremendamente enriquecedor y en el que pude aprender muchísimo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

- Tras las sesiones grupales las dificultades que mostraban los pacientes en las diferentes áreas que mide el en TMMS-24 se habían reducido.
- Los pacientes valoraron muy positivamente el interés general de las sesiones y su utilidad.
- Los pacientes sintieron el espacio grupal como “seguro” y esto se relacionó con una alta participación de los integrantes en las sesiones.

APORTACIÓN A LA PRÁCTICA COMUNITARIA O PRÁCTICA CLÍNICA

En ocasiones parece que el trabajo con aspectos emocionales en pacientes diagnosticados con trastorno mental grave queda relegado a un segundo plano en los dispositivos de rehabilitación. Creo que compartir esta experiencia grupal y la estructura del programa puede ser una herramienta de trabajo útil para los profesionales que cristalice en un beneficio para sus pacientes.

PALABRAS CLAVE

Rehabilitación, regulación emocional, grupo.

COMUNICACIÓN 14:

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE APEGO Y REGULACIÓN EMOCIONAL

AUTOR

- **Marina Hanoos López.** Graduada en Psicología por la U.N.E.D. Actualmente me encuentro finalizando el MPGS. He colaborado en la organización de las XII Jornadas de actualización en violencia de género 2020 a cargo de Cipsa. Cuento con más de 400 horas de formación adicional añadiendo cursos y Congresos Internacionales.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue medir la relación entre los diferentes estilos de apego y la desregulación emocional en una muestra de 607 sujetos de entre 18 a 89 años de edad, de habla hispana, que participaron voluntariamente en la investigación. Los instrumentos de medida utilizados fueron el cuestionario sobre estilo de apego (CaMir) y el cuestionario de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). Mediante estadísticos descriptivos y un modelo de regresión lineal múltiple se encontró una correlación significativa entre dificultad en la

regulación emocional y dos estilos de apego inseguro: evitativo y ansioso. Con una t de student se analizó si existían diferencias entre los distintos géneros (hombre y mujer) en cuanto a las dificultades en la regulación emocional, pero los datos no fueron significativos, por lo se dedujo que no existen diferencias en cuanto a la regulación emocional entre hombres y mujeres según el cuestionario DERS en el análisis.

PALABRAS CLAVE

Estilos de apego, desregulación emocional, investigación, análisis.

COMUNICACIÓN 15:

ESTUDIO DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL BASADA EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA PREVENIR DEPRESIÓN EN ADULTOS

AUTORES

- **Emy Ardila Charry.** Psicóloga egresada de la Universidad Católica de Colombia, con Maestría de Profundización en Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Actualmente vinculada a la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana como profesional de publicaciones en psicología.
- **Oscar Mauricio Gallego Villa.** Psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Psicología Clínica de la misma universidad, Especialista y Magíster en Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, con amplia experiencia en docencia universitaria en el área clínica en pregrado y posgrado. Sus áreas de investigación son Psicología Clínica, Terapias Contextuales y Bienestar psicológico.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo validar la adaptación de un programa de intervención grupal basado en solución de problemas para prevenir depresión en adultos a nivel de estudio piloto. Contó con dos muestras: 3 jueces psicólogos clínicos, conocedores del modelo de solución de problemas, con experiencia superior a 10 años en atención clínica; y 4 potenciales usuarios, mujeres, con edad entre 27 y 31 años ($M = 29$; $DE = 1.6$), empleadas que presentaban síntomas depresivos. El estudio tuvo un componente de validación por jueces a través de la metodología Angoff, durante 3 sesiones se evaluaron un total de 55 características del programa en búsqueda de consenso; y otro, de aplicación a potenciales usuarios, con pre test, post test y medida de seguimiento un mes después. Primero se realizó la adaptación del programa original que posteriormente fue validado por los jueces, luego, una entrevista inicial con potenciales usuarios, y con aquellos interesados que cumplieron los criterios de inclusión se conformó el grupo al que se le aplicó la intervención de 5 sesiones de 90 minutos llevadas a cabo 2 veces por semana. El programa está adecuadamente construido y puede ser efectivo a pesar de que no se encontraron diferencias significativas en los síntomas depresivos de las participantes después del tratamiento ($\text{Chi-cuadrado} (n = 4) = 5.286$; $p = 0.071$). Los hallazgos aportan a enriquecer el programa, ajustarlo y posteriormente evaluarlo en distintas poblaciones que permitan obtener evidencia empírica que lo reconozca como herramienta efectiva y de amplia cobertura para prevenir depresión en colombianos.

PALABRAS CLAVE

Depresión, intervención grupal, adultos.

COMUNICACIÓN 16:

PRED: PREVENIR DEPRESIÓN, UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SALUD MENTAL

AUTOR

- **Facundo Muhana Calvo.** Lic. en Psicología (Universidad Nacional de Córdoba, Argentina). Residencia en Neurorehabilitación (Sanatorio Allende, Córdoba). Máster en Psicología Clínica y de la Salud y Terapias Cognitivo Conductuales (ISEP, Barcelona). Especializándose en Políticas Públicas para la Igualdad en A.L. (CLACSO, Brasil). Docente Universidad Católica de Santiago del Estero (Jujuy, Argentina). Director Psi Salud.

RESUMEN

Actualmente sabemos de la influencia que tienen los contextos socioculturales en la aparición y mantenimiento de la depresión y otros trastornos mentales. Las condiciones de desarrollo de Jujuy, provincia ubicada en la región norandina de Argentina, son desfavorables con respecto a otras zonas del país: una economía fragmentada, una precoz inserción laboral y la ausencia de programas de educación en salud mental son algunas de las problemáticas a las que se enfrentan sus ciudadanos. Se prevé que en aquellas regiones donde aumenten los factores de estrés psicosocial debido a circunstancias culturales, económicas y sociales perjudiciales, la incidencia de la depresión será más elevada.

En respuesta, se presenta aquí un dispositivo educativo orientado por los aportes teóricos-metodológicos de las prácticas basadas en evidencia y el plan de acción estratégico de la OMS en salud mental, que entienden a las acciones de concientización y educación sanitaria como una de las herramientas más eficaces en la prevención de las consecuencias de la depresión a nivel comunitario, con el objetivo de, mediante la promoción de estilos de vida saludable y el entrenamiento en herramientas psicológicas, contribuir al cuidado y bienestar de la población junto a la posibilidad de potenciar la respuesta de los servicios sanitarios de la región.

PALABRAS CLAVE

Depresión, Jujuy, Argentina, prevención, promoción, educación en salud mental, prácticas basadas en evidencia, estilos de vida, Organización Mundial de la Salud.

COMUNICACIÓN 17:

INTERVENCIÓN SNOEZELLEN Y BIENESTAR EMOCIONAL

AUTOR

- **María José Cid Rodríguez.** Doctora en psicología. Presidenta Isna España (www.isnaespaña.es). Miembro Junta Directiva Internacional Isna (www.isna-mse.org). Formadora acredita a nivel internacional en Estimulación Sensorial y Snoezelen. Diversos Posgrados: Terapia familiar/ Psicología Cognitivo Conductual (ISEP). Mediación Comunitaria. Intervención Psicopedagógica.

RESUMEN

La intervención Snoezelen actualmente se está implementando en más de 40 países en los diferentes continentes del planeta. Snoezelen implica el generar bienestar emocional a las personas a partir de las sensaciones. El mundo está lleno de sensaciones, según cómo éstas se transmitan y se vivan generan bienestar emocional y calidad de vida o malestar y alteración conductual. Esta comunicación realizará un repaso a las publicaciones científicas más destacadas que evidencian la efectividad en el bienestar emocional, en la mejora de la comunicación, y en la implementación de capacidades cognitivas (entre otros beneficios) de la intervención snoezelen. Esta intervención es aplicable a todas las personas, pero está especialmente indicada en aquellos colectivos de personas que presentan alteraciones sensoriales de diferente índole: demencias y alzheimer, TEA, diversidad funcional, enfermedad mental, atención temprana, enfermedades terminales, entre otras.

Snoezelen se aplica en unas Salas especialmente diseñadas donde a partir de unos elementos especialmente diseñados, y de una forma adecuada y controlada, se ofrecen variadas y adecuadas sensaciones a la persona. Pero también, es importante destacar el concepto Snoezelen 24 horas, es decir, el tener presente que en las 24 horas del día de una persona, se generan sensaciones. En este sentido, evidenciar la importancia de los entornos, de los ambientes en los que se encuentre una persona. Los ambientes y entornos pueden generar bienestar y paz emocional o alteración e inseguridad en la persona.

La comunicación realizará una breve revisión sobre trabajos y estudios que muestran los efectos positivos de la intervención snoezelen tanto en Salas especialmente diseñadas, como desde la Intervención Snoezelen 24 horas.

PALABRAS CLAVE

Snoezelen, bienestar emocional, estimulación sensorial.

COMUNICACIÓN 18:

CONECTIVIDAD SOCIAL: DE FACTOR PROMOTOR DE BIENESTAR EMOCIONAL A CONDUCTA DE RIESGO PARA CYBERBULLYING

AUTORES

- **Inmaculada Fernández Antelo.** Profesora Titular de Universidad del Departamento de Psicología y Antropología de la Universidad de Extremadura. Miembro del Grupo de Investigación e Innovación Educativa de la UEX.
- **Isabel Cuadrado Gordillo.** Profesora Catedrática de Psicología del Departamento de Psicología y Antropología de la Universidad de Extremadura. Coordinadora del Grupo de Investigación e Innovación Educativa (GRIE) (grupo catalogado). Coordinadora del Programa de Doctorado de la Universidad de Extremadura.

RESUMEN

ANTECEDENTES

La introducción de variables morales en los estudios sobre la prevalencia del acoso cibernético ha proporcionado importantes indicadores explicativos y causales sobre la participación de los adolescentes en los procesos de agresión (Larrañaga, Navarro y Yubero, 2018). Sin embargo, son muy pocos los trabajos que abordan la influencia de las variables morales en las tasas de victimización y en la perdurabilidad del rol de víctima. En un contexto dual, donde la coexistencia de escenarios presenciales y virtuales marcan nuevos ritmos de relación, interacción, comunicación, conflictividad y violencia, el análisis de la perpetuidad del rol o su conversión al polivíctima adquieren aún mayor relevancia. En este sentido, los objetivos del presente trabajo son: (1) identificar y analizar la prevalencia de polivíctimas, y (2) determinar cómo los niveles de desconexión moral y los diversos mecanismos de defensa que las víctimas utilizan para justificar el comportamiento abusivo pueden actuar como indicadores predictivos de polivictimización. Esta situación conlleva un proceso de traumas acumulativos que aquellos sujetos que lo sufren quedan expuestos a un deterioro de su salud emocional.

METODOLOGÍA

El enfoque metodológico seguido en este estudio es de tipo cuantitativo basada en una metodología correlacional.

La muestra está formada 1521 participantes (48% chicos) con edades comprendidas entre los 9 y 14 años ($M=12.1$; $SD=1.3$).

Para la captación de los datos se utilizaron tres instrumentos. Para la identificación de víctimas de bullying se siguió en de Cuadrado (2011) y de víctimas de cyberbullying el de Cuadrado y Fernández (2014). El tercer instrumento es el de Mecanismos de Desconexión Moral de Bandura et al. (1996).

A partir de la identificación y el estudio de prevalencia de víctimas y polivíctimas se ha aplicado un análisis de varianza (ANOVA) para conocer si el hecho de estar sometidas a más de 4 tipos de abusos distintos implica la utilización de mecanismos de desconexión moral diferentes a los que recurren las víctimas. Por otra parte, se ha recurrido a un análisis de regresión jerárquica para conocer el efecto predictivo de los niveles de desconexión moral sobre los procesos de polivictimización.

RESULTADOS

Los resultados de prevalencia indican que el número de víctimas ($n=257$) y polivíctimas ($n=249$) en términos globales tiende a ser muy similar entre ambos grupos. Atendiendo a la tipología de contextos de donde proceden los abusos, los resultados muestran que la prevalencia en escenarios cibernéticos supera sobradamente al registrado en escenarios presenciales. Asimismo, se constata una continuidad entre los contextos off-line y on-line en los procesos de victimización. Los datos de prevalencia muestran una notable coexistencia de los fenómenos de bullying y cyberbullying. En particular, hubo más víctimas y polivíctimas en esta convergencia de contextos que en cada uno por separado.

Por otra parte, los resultados revelan que los mecanismos de desconexión moral más utilizados por las polivíctimas son la justificación moral, el uso del lenguaje eufemístico, la comparación ventajosa y la distorsión de las consecuencias. El análisis de varianza (Anova) indica que las polivíctimas obtienen mayores puntuaciones que las víctimas en prácticamente todos los mecanismos, de ahí que la diferencia en la puntuación global de desconexión moral también sea significativa entre ambos grupos, siendo mayor en las polivíctimas ($p<0.05$).

El análisis de regresión jerárquica consta de seis modelos en los que se constata que los mecanismos de desconexión moral constituyen factores predictivos significativos de polivictimización.

DISCUSIÓN

Son muy escasos los trabajos que abordan el análisis de la vinculación entre desconexión moral y victimización, tratándose en ocasiones como tópico secundario, dificultando de este modo el establecimiento de estudios comparativos o la consideración de variables complementarias (Rubio-Garay et al., 2019). Una de las aportaciones más notables de este trabajo es analizar exhaustivamente los procesos de desconexión moral en las víctimas y su influencia en la perdurabilidad de su rol y en la conversión en polivíctimas.

Los resultados muestran que la variedad de mecanismos de desconexión moral a las que recurren las polivíctimas es mayor, evidenciando la enorme tensión que padecen y la necesidad de activar multitud de mecanismos para liberar esa tensión y frenar los auto-ataques que dirigen a su propia autoestima al verse incapaces de enfrentarse a los abusos que sufren, o a la cobardía de hacerlo por temor a sentirse excluidas o sufrir nuevos ataques por venganza (Perren et al., 2012).

PALABRAS CLAVE

Bienestar emocional, conductas de riesgo, cyberbullying.

COMUNICACIÓN 19:

ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN SONORA TOTUS ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA LA INTERVENCIÓN EN TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

AUTOR

- **Olga Lucía Correa Angel.** Psicóloga egresada de la Universidad de Manizales Colombia, Musicoterapeuta egresada de ISEP-Universidad de Cataluña -Barcelona, investigadora, con estudios musicales y escritora.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El entrenamiento en respiración sonora Totus[1] es una idea que nace a partir de la experiencia personal de la autora con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)[2] en donde se combina la formación como Psicóloga, práctica musical con la flauta travesera, su efecto relajante, la interpretación de otros instrumentos y la formación como Musicoterapeuta. Lo anterior dio lugar a la creación de un instrumento de viento, monofónico en escala de sonidos graves que puede estar al alcance de las personas sin necesidad de tener formación musical.

Es una alternativa terapéutica complementaria para la intervención a nivel primario del TAG con musicoterapia activa – receptiva sonido y vibración, sigue los lineamientos establecidos por los protocolos (Escuela de Salud e Investigación Relacionada (SchARR), Universidad de Sheffield, 2004), (Lozano, y otros, 2007), (Ministerio de sanidad y consumo gobierno de España, 2008).

Esta práctica induce a la respiración abdominal a través del soplo con labios fruncidos y la práctica respiratoria de inhalar y exhalar lentamente. Al practicarse por tiempo no mayor a quince minutos y consecutivamente facilita estados de relajación verificables por el número de respiraciones por minuto con rango de frecuencia de 8 -6 lo que indica un estado de relajación, beneficios y efectos a nivel físico, cognitivo, emocional y una modificación en el patrón respiratorio de la respuesta ansiosa.

El trastorno de ansiedad generalizada o ataque del viento [3]

En la vida de los seres humanos la ansiedad está presente como una emoción que mueve y dinamiza las acciones, es una reacción que tiende a buscar la adaptación (Calderón, Gutiérrez, & Velasco, 2002). A 2017, más de 290 millones de personas en el mundo padecían de trastornos de ansiedad (OMS, 2017), sin contar el 87 % sin acceso a tratamiento; hoy es imperante dar respuesta a esta situación sanitaria en el mundo desencadenada por el COVID-19.

El DSM V (American Psychiatric Association, 2014), define el TAG como una Ideación y respuesta persistente de preocupación anticipada de un estado de alerta, miedo, desencadenada por situaciones estresantes, traumáticas o de origen difuso, acompañada de síntomas psíquicos y somáticos se manifiesta con tensión muscular, vigilancia al peligro y el futuro, conductas de evitación.

(Calderón, Gutiérrez, & Velasco, 2002) amplía esta descripción anotando sentimiento de temor, sensación de tensión, vivencia de extrañeza, alteraciones cognoscitivas, distorsiones en la cognición y signos como palpitations, taquicardia, opresión torácica, náuseas, vómito, nudo faríngeo, sensación de ahogo, suspiros, taquipnea, temblor, mareo, vértigo, inestabilidad postural entre otros.

Es importante tener en cuenta que el TAG puede encontrarse como rasgo de personalidad, síntoma persistente por más de 6 meses o estado transitorio de angustia (Calderón, Gutierrez , & Velasco, 2002), (American Psychiatric Association de Washington, 1995) (Bernardo Arroyo, Gonçalves Estella, González Rodríguez, & Vázquez Castro, 2003); es de, anotar que tiene un curso sintomático crónico, (Tyred & Baldwin , 2006) y Alto riesgo de mortalidad. (Organización Mundial de la Salud, 2013).

DESCRIPCIÓN

Se propone compartir el instrumento, su manejo, protocolo, el proceso fisiológico de la respiración abdominal y beneficios físicos, a nivel cognitivo y emocional, sobre la base de la investigación basada en la evidencia con diseño mixto exploratorio secuencial para el de estudio de casos múltiple sobre el efecto del entrenamiento en respiración sonora de la autora.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

La intervención es individual, se realiza en 5 sesiones consecutivas y seguimiento. El protocolo de intervención se desarrolla creando un ambiente de empatía con el paciente, la Evaluación, diagnóstico, información sobre el proceso, historia sonora musical, selección de música preferencial, registro sesión, consentimiento informado según la (OMS), contrato terapéutico.

RESULTADOS

En la práctica realizada caso por caso, se observa que una persona puede tener exhalaciones entre 4 y 18 segundos y entre las fases en el ejercicio y se pueden registrar respiraciones por minuto desde 8 hasta 6 lo que indica relajación del individuo (RespiracionNormal.org, 2018). Así mismo, permite aprender a respirar en la vida diaria y educar el cuerpo para reaccionar ante una crisis de manera consciente.

El proceso de cada sesión y del entrenamiento como una sucesión de momentos implican preparar el cuerpo, entrar en él, estar allí y salir, concentrarse, a través de la respiración. Se evidencia que cada exhalación marca un compás, su conjunto compone una pequeña obra sonora de frases respiratorias con ritmo, melodía, armonía y silencios.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

La respiración, energía vital cuenta con sonido, patrón vibratorio, timbre, intensidad, ritmo, melodía e influyen en el equilibrio o desequilibrio del organismo, emociones y procesos cognitivos (Gacitúa, Respiración, 2007).

Procedimiento diseñado se enmarca en la combinación de métodos activos y receptivos de la musicoterapia (Bruscia K. E., 2007). La práctica activa y receptiva se desencadena del sonido emitido por la exhalación sobre el instrumento y la vibración del aire; así mismo, de la escucha de música de fondo (Bruscia k, 2007).

Los estudios experimentales del sonido y la música en neurociencias confirman el efecto del sonido de las notas graves, la música con movimientos lentos, sobre el sistema nervioso central, el cuerpo y las emociones y son recomendados para la inducción a estados de relajación, serenidad y reflexión. (Jausel Berrocal, 2011).

La respiración es una bella danza sutil aparentemente silenciosa y polifónica del cuerpo, la mente y el espíritu para componer la armonía de nuestro ser.

APORTACIÓN A LA PRÁCTICA COMUNITARIA O A LA PRÁCTICA CLÍNICA

En la práctica clínica La respiración abdominal requiere de un aprendizaje entrenado, verificar el patrón respiratorio abdominal y el estado de relajación. La respiración sonora Totus aporta innovación a la Musicoterapia para el trabajo con trastorno de ansiedad e introduce el concepto de respiración sonora. Abre campos para la investigación del entrenamiento en relajación en salud mental y otras enfermedades que a nivel primario requieren entrenamiento en relajación.

PALABRAS CLAVE

Respiración abdominal, relajación, respiración sonora, trastorno, ansiedad generalizada.

COMUNICACIÓN 20:

ESCALA CRECIENDO FUERTES PARA MEDIR LAS VIRTUDES Y FORTALEZAS DEL CARÁCTER EN LA ADOLESCENCIA: ESTUDIO PSICOMÉTRICO

AUTOR

- **Diego García - Álvarez.** Licenciado en Educación (Venezuela). Psicólogo (Venezuela; Licenciado en Psicología por revalida en UdeLAR, Uruguay) Magister en Psicología Educacional. Diplomado en Psic. Positiva. Profesor e investigador. Coordinador científico de proyectos de investigación en líneas: a) Educación del carácter, emocional y para el bienestar; b) Bienestar psicológico en contextos educativos/ organizacionales.

RESUMEN

La psicología positiva es un enfoque centrado en el estudio del bienestar psicológico, experiencia óptima y las virtudes del carácter.

Este último constructo hace mención a un conjunto de rasgos que definen el buen carácter según la propuesta de Peterson & Seligman (2004). Ahora bien, la formulación fue producto de una investigación documental extensa haciendo la invitación a realizar investigaciones empíricas para comprobar la pertinencia del modelo teórico. En ese sentido, Park & Peterson (2006) diseñaron el instrumento Values in Action Inventory of Strengths for Youth (VIA-Youth) para medir las virtudes y fortalezas del carácter, pero a pesar de múltiples adaptaciones en distintos países e idiomas, ha habido dificultades para confirmar la estructura factorial. Raimundi et al. (2017) explicó que ninguna escala ha podido confirmar la estructura factorial propuesta de las virtudes y fortalezas en adolescentes. Por lo tanto, se hace necesario un estudio orientado a diseñar una escala con pertenencia cultural latinoamericana para medir este constructo y analizar sus características psicométricas.

OBJETIVOS

Determinar las propiedades psicométricas de la Escala Creciendo Fuertes a saber: validez de constructo y confiabilidad.

METODOLOGÍA

- Diseño: estudio instrumental que busca la propuesta de una escala e identificar sus propiedades psicométricas (Montero y León, 2007)
- Población de estudio: 257 adolescentes tempranos escolarizados en un muestreo por conveniencia, 89 (34.6 %) mujeres y 168 (65.4 %) hombres, 13.52 años de media de edad y desviación estándar 1.1
- Instrumento: Escala Creciendo Fuertes versión depurada luego de la revisión de los jueces expertos, en ese sentido, la escala se diseñó tomando la configuración de la propuesta de Peterson & Seligman (2004) de seis virtudes humanas que arrojan 24 fortalezas del carácter, la misma está compuesta por 48 ítems específicamente dos que miden cada fortaleza, en un formato escala Likert con cinco opciones de respuesta.
- Procedimiento y aspectos éticos: El autor de esta investigación redactó un banco de ítems de cuatro por cada fortaleza del carácter de las virtudes humanas basándose exclusivamente en la estructura formulada por Peterson & Seligman (2004), mediante la validación de

ocho jueces expertos a nivel nacional e internacional en psicología positiva, psicología evolutiva y fortalezas del carácter; se redujo a dos ítems por cada fortaleza de acuerdo a mayor pertinencia, representatividad, coherencia, claridad y legibilidad con el dominio teórico y nivel evolutivo adolescente para medir el constructo. Esta versión depurada de 48 ítems, es decir, dos para medir cada fortaleza fue la que se empleó en una prueba piloto con adolescentes antes de esta investigación, como resultado del pilotaje presentó una confiabilidad adecuada a través del alfa de Cronbach α .927, y no hubo cambios en la redacción. Luego, se diligenció con las instituciones educativas en Montevideo, Uruguay el permiso para aplicar, específicamente por medio de la junta directiva de la institución el consentimiento informado de acuerdo a los lineamientos éticos, normativos y legales de la APA y el Ejecutivo Uruguayo a través de su Decreto 379/008. Los cuadernillos de investigación fueron anónimos, se informó a la muestra adolescente que la participación era libre, voluntaria y que podían abandonar el estudio si así lo querían a pesar del permiso otorgado por sus representantes.

- **Análisis de datos:** Los datos fueron procesados y analizados mediante el programa SPSS y a través del lenguaje de programación estadístico R, siguiendo las indicaciones prescriptas para el análisis factorial confirmatorio y de confiabilidad.

RESULTADOS

El estadístico chi-cuadrado fue de 1073,849 con 1065 grados de libertad ($p=0.419$), lo que generó un índice $X^2/df=1,008$ (valores iguales o menores que 3 se consideran apropiados). Las medidas del error fueron considerablemente bajas: 0,006 para la raíz cuadrada media del error por aproximación (RMSEA) y 0,068 para la raíz cuadrada media del residual estandarizado (SRMR). En general, estas cantidades deberían ser menores que 0,08. Otros índices de ajuste encontrados fueron los siguientes: GFI=0,937, AGFI=0,931, TLI=0,999 y CFI=0,999. Sin profundizar en su interpretación, cifras por encima de 0,90 o 0,95 se consideran óptimas. A nivel de confiabilidad, la escala total presenta un alfa 0,927 y omega 0,930 mientras que las subescalas oscilan 0,6 a 0,7.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El ajuste del modelo fue satisfactorio y confirma la estructura factorial propuesta por Peterson y Seligman (2004), agrupadas en seis factores las 24 fortalezas que representan las siguientes virtudes: (1), sabiduría; (2), coraje; (3), humanidad; (4), justicia; (5), templanza; y (6), trascendencia, con adecuadas evidencias de confiabilidad. La significancia de estos hallazgos es presentar una escala en español que confirma la estructura, instrumento que puede ser adecuado para diseñar intervenciones con adolescentes desde lo educativo, psicoterapéutico y promoción de la salud mental. Se concluye que la escala contribuye un aporte para investigaciones a nivel básico como aplicada.

PALABRAS CLAVE

Virtudes y fortalezas del carácter, psicología positiva, adolescencia uruguaya, psicometría.

COMUNICACIÓN 21:

HABILIDADES DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PROCRASTINACIÓN ACADÉMICA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA

AUTOR

- **Diego García - Álvarez.** Licenciado en Educación (Venezuela). Psicólogo (Venezuela; Licenciado en Psicología por revalida en UdeLAR, Uruguay) Magister en Psicología Educacional. Diplomado en Psic. Positiva. Profesor e investigador. Coordinador científico de proyectos de investigación en líneas: a) Educación del carácter, emocional y para el bienestar; b) Bienestar psicológico en contextos educativos/ organizacionales.

RESUMEN

OBJETIVOS

- Identificar el nivel de las habilidades de la inteligencia emocional en la muestra de estudiantes universitarios.
- Caracterizar la prevalencia y las razones de la procrastinación académica en la muestra de estudiantes universitarios.
- Establecer la dirección, magnitud y significancia de las relaciones entre las habilidades de la inteligencia emocional y procrastinación académica en estudiantes universitarios.

METODOLOGÍA

- Diseño: estudio descriptivo, transeccional y correlacional.
- Población: la muestra estuvo conformada por 253 estudiantes de la carrera de Psicología de una universidad privada en Venezuela, por medio de un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Específicamente, 27 hombres (10.71%) y 226 mujeres (89.29%), con respecto al ciclo vital se tiene: 175 (69.44%) en adolescencia tardía y 72 (30.56) en adultez temprana, la media de edad de la muestra fue 20.46 años y desviación estándar de 3.18. La diferencia en el número de participantes de acuerdo al sexo es que hay más mujeres matriculadas en esta carrera.
- Instrumento: Se administró un cuadernillo de investigación con datos sociodemográficos, consentimiento informado y las escalas: TMMS de Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos (2004) para medir la inteligencia emocional con una confiabilidad en este estudio de α .847 para la escala total, en atención α .886, comprensión α .892 y regulación α .807; y escala de procrastinación académica (PASS), basado en el procrastination assessment scale – student de Solomon & Rothblum (1984), en este estudio reportó una confiabilidad total α .922, en la subescala de prevalencia de la procrastinación α .889 y en la subescala de razones para la procrastinación con α .927.
- Procedimiento y aspectos éticos: Una vez diseñado el proyecto de investigación se procedió a buscar apoyo institucional para realizarla. En ese sentido, las sesiones para levantar datos fueron en horas de clase de algunos profesores que cedieron un espacio. El cuadernillo fue anónimo, se explicó que la participación era libre, voluntaria y que no tenía ningún tipo de compensación económica ni académica,

así como que no había riesgos para su salud. Se siguieron los lineamientos éticos para la investigación de la APA y de la Federación de Psicólogos de Venezuela.

- Análisis de datos: Los datos fueron procesados y analizados mediante el programa SPSS para realizar estadística descriptiva, prueba de normalidad y análisis correlacional por medio del coeficiente de Pearson.

RESULTADOS

Las medias se presentarán en primer orden del sexo femenino y segundo en el sexo masculino en las habilidades de la inteligencia emocional, es decir, en atención emocional 28.05 y 27.96, en comprensión emocional 30.5 y 29.81, en regulación emocional 31.08 y 31.96. La procrastinación académica con una media de 28.17. Las principales razones para la procrastinación académica en la muestra son: ansiedad ante la evaluación, pereza, tendencia a sentirse abrumado, dificultad para la toma de decisiones y perfeccionismo. Se encontraron correlaciones de la procrastinación académica con las habilidades de la inteligencia emocional: atención ($r = .001$), comprensión ($r = -.193^{**}$) y regulación ($r = -.257^{**}$). Asimismo, se hallaron correlaciones positivas de la atención emocional con las cinco razones de la procrastinación académica, mientras que éstas últimas correlacionaron de manera significativamente negativa con las habilidades de comprensión y regulación emocional.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se tiene que hay un nivel adecuado de las habilidades de la inteligencia emocional en la muestra tanto en hombres como en mujeres.

Con respecto a la procrastinación académica se caracteriza por una tendencia media, prevalente en cinco razones que son: ansiedad ante la evaluación, pereza, tendencia a sentirse abrumado, dificultad para la toma de decisiones y perfeccionismo. Los resultados tienen consistencia teórica debido a que confirman que las habilidades con fines más adaptativos son las comprensión y regulación emocional, en efecto, como implicaciones prácticas se contemplan diseño de intervenciones psicoeducativas que posibiliten el desarrollo de las habilidades de la inteligencia emocional haciendo especial énfasis en la regulación emocional como alternativas de intervención de los servicios de psicología, orientación y bienestar estudiantil universitario para el mantenimiento de trayectorias educativas exitosas. Se podría concluir que las habilidades de la inteligencia emocional sobre todo la comprensión y la regulación podrían jugar un papel en esa demora injustificada, innecesaria y poco adaptativa de actividades académicas afectando el rendimiento académico (Rodríguez & Clariana, 2017). Además, estos resultados podrían ser profundizados con la intención de conocer que tanto rol explicativo podrían tener la comprensión y regulación emocional en contrarrestar la procrastinación académica con análisis estadísticos más avanzados bajo diseños explicativos.

PALABRAS CLAVE

Inteligencia emocional, procrastinación académica, estudiantes universitarios.

COMUNICACIÓN 22:

ACOGIMIENTO RESIDENCIAL DE MENORES: UNA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN EN TIEMPOS DEL COVID-19

AUTOR

- **Beatriz Galván Martínez.** Psicóloga Sanitaria. Europsy, Especialista en Psicoterapia, especialidad Clínica y Salud. Psicóloga especializada en apego y trauma. Clínico EMDR, Nivel II EMDR niños y adolescentes, Formación avanzada en EMDR. Máster oficial en Psicología Clínica Máster en Psicología Infantil y Adolescente. Formada en mindfulness. Formada en coherencia cardíaca. Psicóloga en Asociación Nuevo Futuro Alicante.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El acogimiento residencial de menores es una medida de protección que proporciona a una persona menor de edad protegida un lugar de residencia, con una atención dirigida a su desarrollo global y comunitario. En los centros de acogimiento residencial, las educadoras y educadores conforman una de las figuras más importantes en el recurso y son las personas de referencia tanto para los/las niños/as y adolescentes, como para las familias y personas allegadas (Fernández del Valle y Fuertes, 2000).

Los equipos de educadores/as se enfrentan a situaciones potencialmente estresantes en su día a día. Ante la presente emergencia generada por la crisis del COVID19 y el confinamiento de los/las menores en los centros de protección, los educadores han introducido nuevas formas de llevar a cabo sus funciones, debiendo manejar a su vez los efectos que este trauma colectivo pueda generarles a nivel cognitivo, emocional y/o conductual. Por tanto, a las características previas propias de su puesto de trabajo, se unen los estresores propios de la crisis generada por el COVID19.

En el hogar de menores Nuevo Futuro Alicante, se comenzó a intervenir de modo preventivo con el equipo educativo con el objetivo de mejorar su estado emocional, prevenir el desarrollo de estrés postraumático y promover una mejor atención y acompañamiento a los adolescentes del centro de protección.

DESCRIPCIÓN

La Asociación Nuevo Futuro es una ONG dedicada a la protección de la infancia y la adolescencia; dispone de 96 hogares y centros de protección en España. En la Comunidad Valenciana hay 4.400 niños/as y adolescentes bajo el amparo de la Generalitat; aproximadamente el 30% de ellos residen en uno de los 80 centros de protección de menores de la Comunidad.

La crisis mundial del COVID19 ha impactado a toda la población, afectando a nivel individual, familiar, social y comunitario. Se trata de un suceso social inesperado, que genera reacciones de indefensión, sorpresa y desestabilización. Esta crisis, como sucede ante desastres y catástrofes, comporta la amenaza o la pérdida de la vida, altera el sentido de comunidad y puede generar consecuencias negativas en los supervivientes (Trujillo 2007). Por tanto, podemos entender esta experiencia como una sucesión de eventos potencialmente traumáticos.

Según Bessel Van der Kolk, el trauma es una experiencia que sobrepasa tanto nuestra capacidad de respuesta, como nuestros mecanismos de supervivencia; esto afecta a nuestro estado fisiológico, nuestra visión del mundo, nuestra forma de reaccionar y de relacionarnos.

Situación en el centro de acogida de menores

Nuevo Futuro dispone de un centro de acogida de menores en Alicante. En este recurso contamos con 8 plazas para adolescentes, de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años. El equipo del centro se compone de 9 educadoras, una técnica de integración social, una psicóloga y una trabajadora social.

Ante las circunstancias generadas por la emergencia ante el COVID19 y el confinamiento, además de intensificar la intervención con los/las menores, surge la iniciativa de elaborar un programa de apoyo al equipo educativo. El objetivo es explorar y atender las necesidades emocionales de las educadoras, para promover en ellas una mejora en el apoyo y acompañamiento a los/las menores del centro.

Los/las niños/as, ante las situaciones de estrés buscan a sus figuras de apego y referencia para encontrar regulación, consuelo y aliviar el sufrimiento, (Van der Kolk, 2007). Para poder apoyar y acompañar a los/las adolescentes en estos momentos de crisis, es necesario que las educadoras dispongan de estrategias para su autorregulación. Podemos entender la autorregulación como la capacidad para reconocer en nosotros mismos las respuestas de alarma ante situaciones difíciles y ser capaces de manejar y reducir la ansiedad, la tensión, el dolor o la activación, generando equilibrio interno y bienestar (ROVIRA, 2010).

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Ante el estado de alarma se propone intervenir con 10 educadoras. El 100% son mujeres, la media de edad es de 38 años.

- Evaluación del estado emocional del equipo educativo. Entrevistas semiestructuradas y pase de escala EVEA.
- Sesión psicoeducativa grupal. Incluye: concepto de crisis, reacciones cognitivas, emocionales, psicológicas y conductuales de estrés agudo, síntomas de estrés postraumático y pautas de autocuidado. Grabación en vídeo de la presentación para posteriores revisiones por parte de las participantes.
- Concepto de autorregulación y práctica de técnicas de autorregulación
- Técnica de respiración / coherencia cardíaca. Indicación de práctica diaria.
- Seguimiento individual del estado emocional de las educadoras del centro: ventilación emocional, acompañamiento y estabilización
- Momento actual: en proceso de reevaluación mediante entrevistas, cuestionario EVEA, y seguimiento.

RESULTADOS

Atendiendo a la información facilitada por las participantes, la mitad transmitió estar experimentando un malestar emocional significativo, y 4 de ellas obtuvieron una puntuación mayor a 5 (0-10) en sintomatología relacionada con respuestas de ansiedad, tristeza o ira.

Tras la fase psicoeducativa y de implementación de estrategias de autorregulación, el feedback de las participantes es positivo, refiriendo una mejoría en su estado emocional y bienestar general. Actualmente continuamos evaluando el estado emocional del equipo educativo y realizando un seguimiento individualizado.

APORTACIÓN A LA PRÁCTICA COMUNITARIA

Con esta intervención tratamos de resaltar la importancia del autocuidado de los equipos que intervienen en la atención a niños, niñas y adolescentes en medidas de protección.

PALABRAS CLAVE

Acogimiento residencial, educadores, estrés, trauma, COVID-19.

COMUNICACIÓN 23:

LA GESTIÓN DE LA DISCIPLINA ESCOLAR EXIGE CAMBIOS EN EL PERFIL PARTICIPATIVO DE LOS PADRES DE FAMILIA

AUTOR

- **Rosalba Zamudio Villafuerte.** Docente-investigadora del Instituto Superior de Ciencias de la Educación del Estado de México, División Ecatepec Tiene el Doctorado en Psicología del Aprendizaje Humano en la Universidad Autónoma de Barcelona, asimismo, cuenta con varias publicaciones en temas de disciplina escolar.

RESUMEN

La disciplina escolar dispone de elementos teóricos que la hacen esencial en el proceso enseñanza-aprendizaje, cuya responsabilidad recae en el profesorado. Sin embargo, establecerla la disciplina del aula va más allá del control del comportamiento de los alumnos y de un dictado de normas extrañas e inoperantes en clase. Por el contrario, tras la disciplina hay planificación, intervención y contextualización, lo cual exige por parte de los profesores un conocimiento preciso que de manera continua responda a los escenarios educativos. En las condiciones de hoy, la disrupción en las escuelas constituye un problema complejo y en la familia como grupo primario subyace un papel de suma importancia en la búsqueda de soluciones. En este marco alternativo, disciplina escolar representa una estrategia de primer orden.

Esta investigación de carácter experimental bajo un modelo de intervención abierta en tres muestras constituidas por padres de familia, expone hallazgos que permiten argumentar la existencia de escenarios viables para la gestión de la disciplina escolar bajo la batuta del profesorado pero con la disposición de los padres de familia como uno de sus componentes.

PALABRAS CLAVE

Disciplina, escuela, familia.

COMUNICACIÓN 24:

ASISTENCIA PSICOLÓGICA A PROFESIONALES SANITARIOS EN TIEMPOS DE CRISIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTOR

- **Paloma Ruiz Sastre.** Psicóloga Especialista en Psicología Clínica (vía PIR). Trabajo actualmente en el Centro de Psicología Clínica Psicohuma. Máster Oficial en Género, Identidad y Ciudadanía. Experto Universitario en Mindfulness. Formación en Terapia Familiar Sistémica.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La situación de crisis sanitaria a la que nos enfrentamos constituye un contexto que puede generar elevados niveles de estrés en los profesionales implicados. Merecen nuestro reconocimiento y respeto, y más teniendo en cuenta el riesgo real al que exponen su propio estado de salud (Moyano y Trujillo, 2016). Es previsible que aquellas personas que ejercen su actividad laboral de manera directa con enfermos de covid-19 se vean sometidos a gran estrés, lo que a su vez puede repercutir en su estado físico y anímico.

Es por ello que la atención psicológica especializada puede ser clave para su afrontamiento. De esta forma, el apoyo emocional, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y el manejo de las respuestas de estrés se consideran herramientas fundamentales en la intervención en estos casos (Moyano y Trujillo, 2016).

Abordar estas cuestiones a corto, medio y largo plazo es un nuevo reto al que los profesionales de la salud mental hemos de dar respuesta, con el fin de prevenir la aparición de trastornos mentales graves y/o crónicos.

DESCRIPCIÓN

Existe una corriente creciente de investigación que comienza a darle mayor importancia al cuidado del bienestar de los profesionales sanitarios, centrandose la atención en la intervención en el cuidado del estado psicológico y mental de dicha población, ya que esto, a su vez, repercutirá en una mejor atención a las personas atendidas.

Esta realidad, que empieza a observarse desde hace algunos años y que encuentra su espacio muy poco a poco, se hace especialmente relevante en el contexto de crisis sanitaria y saturación del Sistema Nacional de Salud, donde la sobrecarga laboral protagoniza el trabajo de los médicos y enfermeros de nuestro país.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

J. es un varón de 63 años, soltero. Médico de familia que ejerce su actividad laboral en un Centro de Salud de España. Cuenta con antecedentes orgánicos que lo califican como persona de riesgo en la pandemia por covid-19. Además, es el cuidador principal de su madre, una mujer de 87 años diagnosticada de demencia senil y con dependencia absoluta.

El paciente no refiere antecedentes en salud mental y decide a finales de febrero de 2020 mantener seguimiento psicoterapéutico. Se inicia la intervención de manera presencial y se continúa en formato virtual, dadas las circunstancias y medidas de prevención tomadas en nuestro centro. J. describe sentimientos de angustia ante la incertidumbre a la que se enfrenta, miedo a ser contagiado y, sobre todo, a transmitir el virus a su madre, persona muy vulnerable, refiriendo ambivalencia entre su deber y vocación como médico y la culpa al exponer a su madre al contagio. Además, informa de fluctuación en el estado del ánimo, con momentos de entusiasmos y energía, y otros de hipotimia.

Dentro del encuadre terapéutico, se ofrece espacio para la escucha terapéutica y la validación de las emociones referidas, facilitando la aceptación de las mismas. Entre las técnicas empleadas, acordamos la inclusión de la práctica del programa MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) con el fin de mejorar el manejo del estrés y favorecer las habilidades de afrontamiento de la situación.

RESULTADOS

Como medida del estado psicológico inicial se administra el Inventario de Síntomas SCL-90, el cual ha sido también aplicado al finalizar el programa MBSR, con el objetivo de ofrecer una comparativa entre las medidas pre y post tratamiento. Se utilizó el programa estadístico SPSS para la comparación de ambas medidas.

En todas las variables medidas, los valores se han visto reducidos tras la aplicación del programa MBSR, salvo la ideación paranoide, que ha visto su valor ligeramente incrementado.

Todas las dimensiones evaluadas han experimentado una mejoría, como refleja la disminución de los valores medios de cada una de ellas, entendiéndose con ello la reducción de sintomatología y malestar.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

El bienestar de los cuidadores que se encuentran en contacto diario con personas enfermas y/o dependientes ha sido históricamente olvidado y relegado a un segundo plano, siendo ellos mismos los que con frecuencia centran su atención al cuidado de las demás personas a expensas del suyo propio.

Sin embargo, el bienestar de los profesionales sanitarios que trabajan a diario con la incertidumbre del contagio y la falta de control acerca del manejo de la actual pandemia es un tema prioritario en estos momentos.

Es recomendable ofrecer al colectivo de sanitarios la posibilidad de apoyo emocional y atención psicológica con el objetivo de la prevención de patología mental grave. Resulta imprescindible prestar atención a las necesidades emocionales de los especialistas del ámbito sanitario, lo que, a su vez, posibilitará el ofrecimiento de unos servicios de mayor calidad a los pacientes.

APORTACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Quedan de manifiesto las repercusiones emocionales que en los sanitarios que están ejerciendo su labor de manera directa con los pacientes contagiados comienzan a aparecer desde el origen de la pandemia en nuestro país.

Se hace imprescindible ofrecer la posibilidad de apoyo emocional y atención psicológica a los profesionales que durante la pandemia han mostrado sus servicios en primera línea, con el objetivo de favorecer el mantenimiento de adecuados niveles de bienestar.

A la vista de la experiencia descrita, se considera oportuno plantear la aplicación del programa MBSR como herramienta terapéutica en el contexto de intervención psicológica tanto en formato individual como grupal en los centros de trabajo.

PALABRAS CLAVE

Profesionales sanitarios, médicos, pandemia, estrés, MBSR.

COMUNICACIÓN 25:

RESPUESTAS EDUCATIVAS JUSTAS EN TIEMPOS DE AISLAMIENTO SOCIAL

AUTOR

- **Francisco Samuel Mendoza Moreira.** Profesor Investigador Agregado III de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí e Investigador Agregado I de la Senescyt, docente de posgrado en Educación en varias universidades nacionales y de la región Sur de América, con alto interés de estudio en el Diseño Curricular y las funciones sustantivas de la Educación desde el enfoque de la psico-sociopedagogía.

RESUMEN

Ante la emergencia sanitaria provocada por la pandemia de Covid-19 en pleno desarrollo tecnológico e informacional de la sociedad digital, el sistema educativo ha tenido que prepararse para enfrentar la situación de crisis en la familia exacerbado por las limitaciones de accesibilidad y conectividad en zonas urbano-marginales y rurales. Desde la primera de educación para todos, declarada desde el marco de Dakar y en las constituciones de algunos países hispanohablantes con constituciones democráticas, la educación es un derecho irrenunciable y deber prioritario del estado, pero ¿qué hacer cuando el entorno presencial se ve restringido por la emergencia de salud que vive el mundo?

El presente trabajo se elabora desde la práctica etnometodológica y la práctica intepretativa de la acción educativa para sistematizar las acciones emergentes adoptadas por la Facultad Ciencias de la Educación de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí para organizar el proceso formativo de docentes en nuevos escenarios derivados del distanciamiento social que vive el país en la actualidad por la pandemia de Covid-19; recoge las nuevas configuraciones del proceso educativo desde el modelo instruccional ADDIE como respuesta a un modelo con principios complejos diseñado desde la teoría socio-histórico cultural pero en modalidad no presencial.

Se recogen las voces de los involucrados y la percepción del estudiantado frente al enfrentarse a nuevos retos en su proceso formativo y a su vez adquirir nuevas capacidades para el diseño, ejecución y evaluación de su práctica educativa en tiempos de crisis y frente a los retos de una modernidad líquida creciente y robustecida en pleno siglo XXI.

PALABRAS CLAVE

Sistema educativo, sociedad digital, formación a docentes.

COMUNICACIÓN 26:

ENTENDIENDO LA CRISIS A TRAVÉS DE LA “R” Y LA “O”

AUTORES

- **María Pacheco Pedrero.** Psicóloga, egresada de la Universidad Iberoamericana, con 10 de experiencia en la inclusión educativa. Estudiante del Máster de Intervención en Trastornos del Aprendizaje ISEP. Siempre interesada en los lazos que nos unen como y en la resolución de problemas de toda índole. Voluntaria en la Ciudad de México durante el sismo del 2017 en el área de psicología hospitalaria e intervención en crisis.
- **Carlos Efren Álvarez Chávez.** Psicólogo con 16 años de experiencia en el área clínica y hospitalaria (Trauma). Especializado en Intervención en crisis, menores en reclusión y como Intervencionista en adicciones. Gran comunicador, capacitador, adicto a la naturaleza. Colaborador del CICR y la CRM en el sismo de 2017 en la CDMX.

RESUMEN

En este artículo se hizo un análisis de dos casos clínicos intervenidos en un ambiente hospitalario durante la crisis del temblor ocurrido en la Ciudad de México en el año 2017. Con el objetivo de contextualizar dicha crisis y buscar similitudes con lo que ocurre hoy en día con el COVID-19.

Se analizó la relevancia de los casos, buscando coincidencias contextuales y emocionales que nos puedan dar un punto de vista crítico para analizar y abordar la problemática psicosocial que la pandemia está provocando, para aprender de nuestra historia y experiencias y así crear soluciones que nos ayuden a salir antes.

Las perspectivas ante una crisis son diferentes en cada persona por ello se analizará el caso de O, que con una actitud de humor y visión positiva hacia los problemas se recuperó en un tiempo y con una fortaleza singular. Y también el caso de R, quién nos muestra un sentimiento de miedo, acompañado de la necesidad de tomar decisiones y la responsabilidad ante una pérdida. Emociones que podrían caracterizar el estado anímico que nos produce la incertidumbre de lo que hoy estamos viviendo. Por ello, cada ruptura de la normalidad o el equilibrio en la vida de una persona, es atravesado de diferente forma y es ahí donde la metodología de intervención en crisis nos da claridad para poder abordar estas situaciones de emergencia desde cualquier perspectiva.

PALABRAS CLAVE

Pandemia, psicoterapia, caso clínico.

COMUNICACIÓN 27:

EL DUELO EN LA AMPUTACIÓN DE UN MIEMBRO

AUTOR

- **Patricia Rodríguez Jiménez.** Estudios del grado de psicología en la Universidad de Oviedo (2014-2018), Máster propio de "Actualización en Salud Mental" por la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA) en 2019. FOCAD (Formación continuada a distancia) de Madrid, realicé cursos en el año 2020 como: Malos tratos a las personas mayores: detectar, prevenir y actuar desde la psicología, Intervención psicológica en cyberbullying e ideación suicida, la intervención psicológica en personas con dependencia al alcohol y los trastornos del comportamiento y el acoso escolar en la infancia y la adolescencia. Entro de psicología clínica "Crece" de Oviedo en colaboración con MICPSY (Madrid Institute of Contextual Psychology), realicé el curso de: "Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en niños y adolescentes (reconocido por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias)".

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Una amputación, puede definirse como la extirpación de un miembro o de una parte del cuerpo, como consecuencia de un suceso traumático o de una enfermedad. Esta situación va a generar cambios significativos y un importante impacto a nivel físico, psicológico, emocional y en las relaciones familiares y sociales en la persona afectada. Además, genera cierto grado de discapacidad, llevando asociada incertidumbre y sufrimiento.

El duelo es un proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante el cual, las personas incorporan en su vida diaria una pérdida, real, anticipada o percibida, manifestado por la pérdida de una parte corporal, persona o bien material y que se relaciona con sufrimiento y otras alteraciones conductuales y emocionales.

Las reacciones ante esta nueva situación varían de unas personas a otras, y se relacionan con la capacidad de adaptación a una nueva situación o imagen, o la capacidad de afrontar nuevos retos.

Los factores psicosociales de cada persona deben ser tenidos en cuenta por los profesionales sanitarios que deben orientar su plan de actuación desde la prevención y con un abordaje integral y multidisciplinar.

OBJETIVO

Aumentar el conocimiento sobre la respuesta psicosocial, el comportamiento y la capacidad de afrontamiento, ante una amputación y posibles intervenciones.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica mediante la búsqueda en las bases de datos: PubMed, Embase, Scopus y Cuiden. Se utilizaron las palabras clave

como Medical Subject Headlines (MeSH): "Adaptation psychological", "coping behavior", "grief", "amputation", "psychotherapy" y sus equivalentes como Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), mediante el uso de operadores booleanos AND/OR. Como factores limitantes se establecieron el tiempo (últimos 10 años) y el idioma (inglés y español). Se excluyeron libros o capítulos de libros y tesis, y aquellos artículos a los que al final no se pudo tener acceso.

Como criterios de inclusión se consideraron artículos referidos a pacientes que habían sufrido alguna amputación independientemente del motivo y de la parte del cuerpo quedando excluidos aquellos en los que se les proponía una amputación, pero aún no se había realizado.

RESULTADOS

Tras analizar el título y resumen de los artículos y la eliminación de duplicados, quedaron para lectura completa 21 trabajos de los que finalmente fueron seleccionados 9.

Todos los artículos equipararon el sentimiento de la pérdida sufrida por la amputación como un proceso de duelo no solo por la pérdida del miembro sino también por la de la función en la sociedad y de la normalidad.

Se presenta un estado de shock inicial inmediato al evento traumático, para a partir de ahí desarrollar las fases del duelo con negación, ira, negociación, depresión y aceptación para finalmente llegar a la adaptación y superación.

Reacciones encontradas:

- Físicas: alteración del estado de salud y otras complicaciones, cansancio, dolor, alteración del sueño, síndrome del miembro fantasma, cambios en la realización de las actividades de la vida diaria, alteración de la imagen corporal.
- Psíquicas/emocionales: intranquilidad, preocupación, miedo, ansiedad, estrés, tristeza, alteración de la autoestima, vergüenza, ira, angustia, incertidumbre, dependencia, impotencia, resistencia, cambios de humor, resentimiento, sentimientos de inferioridad.
- Relaciones: alteración relaciones familiares, sociales y laborales, cambio en los roles y responsabilidades.

Actuaciones

- Facilitar el duelo.
- Aumentar la conciencia del cambio sufrido.
- Establecer modificaciones psicosociales para mejorar y aumentar la capacidad de adaptación y estrategias de afrontamiento activo.
- Ayuda en el autocontrol emocional.
- Mejorar la autoestima y el autoconcepto.
- Asesoramiento, educación e información.
- Escucha activa y comunicación.
- Reforzar puntos fuertes, desechar pensamientos negativos.
- Buscar nuevas ilusiones, retos y roles. Actitud positiva y esperanza.
- Proporcionar apoyo emocional y familiar.
- Establecer objetivos realistas y uso de estrategias de superación efectivas.
- Mejorar la capacidad para expresar sentimientos.
- Ayudar a identificar estrategias personales de resolución de problemas, autoeficacia.
- Aumentar los sistemas de apoyo.

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

Para evaluar la necesidad de intervención psicosocial, es necesario conocer cuáles son las demandas de los pacientes amputados. Es importante explicar y evaluar cómo responden las personas desde el punto de vista psicosocial a la pérdida de una parte corporal, enfatizando el papel del paciente en el proceso y sus recursos de afrontamiento y autoeficacia así como el apoyo emocional percibido.

El dolor o la tristeza que experimentan los pacientes ante la pérdida de una parte corporal, se asemeja al de la pérdida de un ser querido, siendo percibido como un proceso de duelo.

El duelo es un proceso natural y normal, descrito ya por Kúbler-Ross en 1969. Consta de 5 fases, siendo un proceso emocional dinámico y cambiante. Conocer la fase en la que se encuentra la persona puede ser de utilidad para identificar precozmente posibles alteraciones y así realizar las intervenciones oportunas optimizando el tratamiento.

Tras superar este proceso, la aceptación resulta crucial para la recuperación. La adaptación y el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento mejorarán el bienestar físico y emocional.

Es necesario un enfoque preventivo, holístico y multidisciplinar en todas las esferas de los pacientes que sufren una amputación para una mejor recuperación efectiva.

Resulta necesario crear más conciencia entre los profesionales de salud sobre todos los retos que atraviesan las personas con amputaciones y desde esta sensibilización, generar estrategias de intervención biopsicosociales que mejoren la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Adaptación psicológica, duelo, amputación, psicoterapia.

COMUNICACIÓN 28:

DUELO POR LA MADRE NO MUERTA. ESTUDIO DE CASO ÚNICO

AUTOR

- **Amalia Rodríguez Rodríguez.** Trabajo como Psicóloga sanitaria desde el año 2014 en consulta privada, además trabajo en Colegio Fundación Sopena. Badajoz. Actualmente realizando el segundo año de doctorado.

RESUMEN

El duelo es una cuestión compleja que se experimenta de muchas y variadas formas. Cuando se habla de duelo no se debe centrar la atención solo en el fallecimiento de una persona cercana o un ser querido, sino también se debe aplicar este concepto de duelo a los diferentes tipos de pérdidas como un divorcio, pérdida de un trabajo, una amistad o una mascota fiel. Ante una pérdida dolorosa la gente busca asistencia sanitaria tanto física como mental, ante los síntomas que sufre, pero en la mayoría de los casos, no saben que detrás de

su estado quizás haya un duelo de fondo.

El paciente J.P. acudió a consulta con síntomas somáticos como pérdida de apetito e insomnio, y síntomas psicológicos como pena, dolor, angustia, sentimientos de culpa y pensamientos rumiativos ante la muerte, en breve plazo, de su madre. Había visitado a un psiquiatra, el cual le recetó tratamiento farmacológico para la ansiedad y la depresión y le recomendó psicoterapia. Estaba viviendo un duelo adelantado al fallecimiento, estaba desbordado por el miedo a la falta materna, mantenía conductas desadaptativas y una falta de control emocional que le impedía llevar una vida normal.

La terapia consistió en un total de 25 sesiones semanales, divididas en grandes bloques. La primera fase fue introductora del tratamiento, exploración de la relación con la madre y tipo de vínculo que los une, la segunda fase se centró en conocimiento e identificación de los pensamientos mórbidos y rumiativos, buscar un enfoque racional a la situación y la aplicación de técnicas de autoinstrucciones positivas.

La tercera fase, de las más amplias, se trabajó el reprocesamiento de las ideas, las técnicas de "hora de preocuparse" y la técnica de la "silla vacía" adaptada al caso, reevaluación de las creencias y prácticas de diálogos socráticos. La siguiente fase se trabajó la autoaceptación de las limitaciones personales, errores cometidos y sentimientos de culpa. Además se elaboró un calendario actividades para compartir. Y en la quinta fase y última se trabajaron modelos de resolución de problemas, desarrollo de estrategias de afrontamiento y mantenimiento de las habilidades trabajadas y aprendidas durante la terapia. Se trabajaron técnicas de counselling y de trastorno de estrés posttraumático así como fortalecer habilidades de autocuidado y autoeficacia del cuidador. Una vez terminada la terapia se mantuvieron sesiones de control y mantenimiento quincenal, y una vez llegado el fallecimiento de la madre se retomó durante un período de seis sesiones más.

Los resultados fueron óptimos y le permitieron elaborar un duelo no patológico, realizando una buena elaboración e integración de la pérdida. Tuvo capacidad para desarrollar las estrategias y la técnica que se habían elaborado en el periodo de duelo previo que estuvo en terapia.

Ante la previsión de una muerte, por enfermedad o por ley de vida, se deberían elaborar protocolos de trabajo que les permitiera a las personas involucradas en estos procesos, estar preparadas y afrontar la situación sin llegar a duelos patológicos o crónicos evitando una desviación del estado de salud y bienestar del individuo.

PALABRAS CLAVE

Duelo patológico, prevención, counselling.

COMUNICACIÓN 29:

FOMENTANDO LA RESILIENCIA EN TIEMPOS DE CRISIS: LA ESCRITURA COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA

AUTOR

- **Rocío Bouza Fustes.** Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Trabajo en el Centro de Psicología Clínica Psicohuma. Máster Oficial en Género, Identidad y Ciudadanía. Experto Universitario en Mindfulness. Formación en Terapia Familiar Sistémica.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las situaciones críticas nos ponen a prueba como especie. Eventos vitales traumáticos, catástrofes naturales, epidemias... han tenido lugar siempre y, en estos contextos, el papel de la Psicología es fundamental. Como psicoterapeutas hemos de prestar especial atención a los factores implicados en el estrés, la comunicación de malas noticias y la evaluación e intervención ante distintos niveles de riesgo y de población (Moyano y Trujillo, 2016).

Resulta de especial importancia la atención psicológica que busque dotar a las personas de recursos personales de afrontamiento que favorezcan ser más resistentes ante la adversidad. A este respecto, hacemos mención al concepto de resiliencia, entendido como "un conjunto de cualidades personales positivas que mejoran la adaptación individual ante circunstancias adversas" (Connor y Davidson, 2003).

Se propone orientar la intervención psicológica al fortalecimiento de la resiliencia y se describe la escritura terapéutica como herramienta valiosa que puede ser empleada tanto en los casos de la población general -como medida de prevención y promoción de la salud mental-, como en los colectivos de riesgo de psicopatología: víctimas del covid-19, personas que han sufrido pérdidas de algún ser querido, personal sanitario y de las fuerzas de seguridad y orden público... En estos casos, el apoyo psicológico será fundamental para favorecer su ajuste emocional y su salud mental.

DESCRIPCIÓN

Según autores clásicos de la orientación narrativa de la psicoterapia (Epson y White, 1993), las personas dan sentido a sus vidas relatando su experiencia. Esta concepción amplía nuestras posibilidades de intervención profesional buscando la generación de nuevos relatos alternativos que permitan representar nuevos significados, aportando posibilidades más aceptables para la persona, lo que repercutirá en mayor ajuste psicosocial y bienestar emocional.

La escritura terapéutica se constituye así como una herramienta valiosa que permite alcanzar esta variedad de posibilidades de una manera más clara: "cuanto más capaces seamos de construir y reconstruir nuestra autonarración, seremos más capaces de sostener relaciones efectivas" (Gergen, 1994).

Para Pennebaker y Chung (2011), investigador clásico de este tipo de herramienta terapéutica, a partir de este método la persona puede

transformar la señal analógica (la emoción) a un recurso digital (el lenguaje), es decir, se trata de poner en palabras los sentimientos experimentados.

Poniendo en relación ambos conceptos –resiliencia y escritura terapéutica–, y teniendo presente que la resiliencia no es una capacidad fija, sino que puede variar de manera dinámica, la escritura terapéutica puede ser un buen aliado de esta capacidad. Si la resiliencia es la capacidad de enfrentar situaciones adversas y si la escritura terapéutica se crea a partir de una experiencia dolorosa, ambos términos resultan complementarios.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años. Soltera y sin hijos. Vive sola. Tiene antecedentes de diversas experiencias dolorosas y de pérdidas en su vida (enfermedad oncológica, dos rupturas tras relaciones sentimentales duraderas, fallecimiento reciente de un familiar cercano. . .). Se aprecia en su discurso tendencia a las conductas evitativas ante dichas experiencias, limitando las posibilidades de elaboración de las mismas. Inicia el seguimiento coincidiendo con el inicio de las medidas de confinamiento establecidas en nuestro país. A medida que dicho periodo se prolonga, comienzan a surgir emociones de angustia, desesperanza e hipotimia, que relaciona con los episodios vividos en el pasado.

Dichos sentimientos referidos se agravan en la situación de estrés actual.

Dentro del enfoque psicoterapéutico y de las técnicas empleadas, se propone la utilización de la escritura terapéutica para favorecer la expresión de los pensamientos y sentimientos que protagonizan su vida en estos momentos. Dicha herramienta permite un trabajo más eficaz en el formato virtual, sirviendo como complemento a las entrevistas terapéuticas mantenidas.

RESULTADOS

Si bien es pronto para poder ofrecer resultados concluyentes que confirmen la hipótesis de mejoría en la afectividad y bienestar psicológico, la valoración subjetiva tanto por parte de la propia paciente como por parte de la terapeuta, así como la evaluación cuantitativa a partir de la escala CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure) que permite la monitorización del proceso terapéutico, cabe señalar una disminución de signos de ansiedad, preocupaciones rumiativas y pensamientos de muerte, así como un aumento de los sentimientos de esperanza, autoconcepto y bienestar psicológico.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

La escritura terapéutica se postula como una herramienta valiosa en la psicoterapia, especialmente cuando el objetivo es fomentar la elaboración de experiencias dolorosas y traumáticas como la situación de crisis excepcional que ahora vivimos a nivel mundial.

Poner en palabras los pensamientos y sentimientos experimentados a lo largo del periodo de confinamiento facilita la gestión y manejo de una situación de incertidumbre y escaso control que caracteriza el contexto actual.

APORTACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA

A partir de la experiencia compartida, se propone incluir como herramienta terapéutica complementaria la escritura como medio favorecedor de la elaboración de experiencias traumáticas y de crisis como la que actualmente estamos viviendo. El objetivo es la promoción de la salud mental, ya que ha quedado demostrado que la escritura de experiencias dolorosas facilita la elaboración de las mismas y la generación de narrativas más aceptables para la persona que permitan su integración como parte de su trayectoria vital.

PALABRAS CLAVE

Resiliencia, escritura terapéutica, trauma, crisis.

COMUNICACIÓN 30:

ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ENFERMO TERMINAL

AUTOR

- **Patricia Rodríguez Jiménez.** Estudios del grado de psicología en la Universidad de Oviedo (2014-2018), Máster propio de “Actualización en Salud Mental” por la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA) en 2019. FOCAD (Formación continuada a distancia) de Madrid, realicé cursos en el año 2020 como: Malos tratos a las personas mayores: detectar, prevenir y actuar desde la psicología, intervención psicológica en cyberbullying e ideación suicida, la intervención psicológica en personas con dependencia al alcohol y los trastornos del comportamiento y el acoso escolar en la infancia y la adolescencia. Centro de psicología clínica “Crece” de Oviedo en colaboración con MICPSY (Madrid Institute of Contextual Psychology), realicé el curso de : “Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en niños y adolescentes (reconocido por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias)”.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La fase final de una enfermedad crónica es el conjunto de acontecimientos previos a la muerte, que se caracteriza por un agotamiento progresivo e irreversible hacia la muerte. En los últimos días u horas de vida, los pacientes precisan una atención especializada y continua que puede ser proporcionada por el equipo médico y sus familiares, bien sea en casa o en el hospital.

La situación de últimos días (SUD), es una situación que precede a la muerte y en la que existe deterioro gradual, físico, emocional y del nivel de conciencia, que aparece en la fase final de muchas enfermedades. La duración del proceso es habitualmente inferior a una semana. En caso de disminución del nivel de conciencia, no suele ser superior a 3 días.

Es necesaria, una continua reevaluación de la condición clínica, una estrecha comunicación y el intercambio de información entre el equipo sanitario y los miembros de la familia durante los días/horas previas a la muerte.

ATENCIÓN AL PACIENTE

Los objetivos de la atención psicológica durante esta fase, deben de ser realistas y adaptados a la situación en la que nos encontramos. Los más importantes son:

- Potenciar el bienestar en el paciente, “intensificando sus cuidados”.
- Aumentar el número y duración de las visitas.
- Cubrir las necesidades espirituales y religiosas.

- Apoyar a la familiar anticipando los síntomas y las situaciones a los que se va a enfrentar, facilitando la terapia de duelo con el psicólogo sanitario.
- Mostrar disponibilidad del equipo sanitario proporcionando teléfonos de contacto necesarios (centro de salud, urgencias domiciliarias, hospital de referencia, psicólogos del hospital).

ATENCIÓN A LA FAMILIA

La familia es un pilar básico en los cuidados del paciente, por lo que debemos considerarla como objeto de nuestra atención, ya que se pueden desarrollar alteraciones que afectan a múltiples esferas (emocional, social, estructural . . .) y que podemos considerar "síntomas" a considerar de igual forma que los que presenta el enfermo.

La familia necesita conocer el proceso que está ocurriendo para favorecer la verbalización de emociones (ambivalencia, miedos, no culpabilización), facilita la comunicación y previenen alteraciones importantes en el futuro como el duelo patológico.

ATENCIÓN AL DUELO

El duelo es el conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor. Es una reacción adaptativa normal física, conductual, cognitivo-intelectual, afectivo-emocional y espiritual, ante la pérdida de un ser querido.

Este suele comenzar antes del fallecimiento (excepto en las muertes repentinas) y el proceso sigue la siguiente evolución: shock y negación, enfado e ira, negociación, depresión y, por último la aceptación.

OBJETIVOS

Los objetivos principales del estudio, consisten en realizar una revisión bibliográfica sobre las diferentes terapias psicológicas empleadas por los psicólogos sanitarios para el afrontamiento del duelo tanto en pacientes terminales como en sus familiares, facilitándoles sus últimos días.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica mediante la búsqueda en las bases de datos: PubMed, Embase, Scopus y Cuiden. Se utilizaron las palabras clave como Medical Subject Headlines (MeSH): "Palliative Care", "Terminal patient", "Counselling therapy", "Psychotherapy" y sus equivalentes como Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), mediante el uso de operadores booleanos AND/OR. Como factores limitantes se establecieron el tiempo (últimos 10 años) y el idioma (inglés y español). Se excluyeron libros o capítulos de libros y tesis, y aquellos artículos a los que al final no se pudo tener acceso.

RESULTADOS

Veinte artículos cumplieron los criterios de inclusión, seleccionándose 14 para su análisis. Quedando excluidos aquellos que no cumplían los criterios de inclusión.

De ellos, se concluyó que existen varias técnicas utilizadas en enfermos terminales y familiares durante sus últimos días son counselling, terapia de la dignidad, reestructuración cognitiva o el control de estímulos, en los cuidados paliativos, pero esto depende de las necesidades y tengan que cubrirse.

Numerosos estudios avalan la eficacia del Counselling, sobretodo en síntomas específicos como el sufrimiento o la calidad de vida. Por lo que es considerada la terapia prevalente en el manejo de los últimos días en enfermos terminales, ya que utiliza habilidades de comunicación para promover en el paciente el autoconocimiento y la toma de decisiones.

En cambio, recientemente también se han demostrado que la Terapia de la dignidad, obtuvo similares resultados, a excepción de la variable ansiedad, en la que no se encontró mejoría tras la intervención.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Counselling es el tratamiento prevalente en enfermos terminales, ya que puede tratar diferentes aspectos emocionales mediante preguntas y un estilo de comunicación flexible, abierto y continuo, promoviendo la toma de decisiones y el afrontamiento de las crisis, mejorando el estado emocional de los pacientes y familiares.

A pesar de ello, la Terapia de la dignidad, está cobrando cada día más peso en esta temática por lo que futuras investigaciones deberían comprobar su eficacia para tratar los aspectos emocionales, así como el tratamiento de la ansiedad en estas situaciones.

No solo el psicólogo debe estar formado en esta técnica si no todas las personas que forman parte del equipo sanitario de cuidados paliativos, para un mejor tratamiento multidisciplinar tanto en pacientes como en familiares de enfermos terminales.

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, pacientes terminales, counselling, tratamiento psicológico.

COMUNICACIÓN 31:

LOS MENORES DE PADRES SEPARADOS EN MOMENTOS DE CONFINAMIENTO

AUTOR

- **Mariela Checa Caruana.** Colegiada nº AO-03424. Psicóloga-Técnico del Servicio de Atención psicológica de la UMA. Sexóloga. Miembro del turno de peritajes judiciales del COPAO en Málaga. Presidenta Asociación Filio. Psicóloga especialista en Psicoterapia acreditada por la EFPA. Perito adscrita a los Juzgados de Familia y Violencia de Málaga. Diplomada en técnicas de grupo de movimientos sistémicos. COPAR.

RESUMEN

La dificultad de ser hijo de padres separados que, en muchas ocasiones, no tienen buena relación, no solo deben lidiar con la dificultad de poder relacionarse con el progenitor no custodio, si no a su vez, con el conflicto, que en momentos de confinamiento, en la mayoría de los casos se habrá intensificado.

Que pautas trabajar con este tipo de padres, que pautas pueden usar los menores como mecanismos de defensa ante el desajuste emocional que supone, ambas situaciones, estar confinado y no poder ver a un progenitor.

Nuestra sociedad 2 de ca 5 parejas se separan y los expertos indican que después de esta situación de confinamiento, esta cifra aumentará.

Debemos educar en la ruptura de forma adaptativa, no como un trauma, sino como un proceso que puede ocurrir en la vida.

PALABRAS CLAVE

Padres separados, confinamiento, menores.

COMUNICACIÓN 32:

ESTUDIO CASO CLÍNICO DE RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO

AUTOR

- **Maria José Gómez Martínez.** Realicé el Grado en Psicología la Universidad de Murcia. Con un Máster universitario en psicología infantil-juvenil en la UOC. Postgrado en estimulación multisensorial y Posgrado en psicomotricidad en la Universidad de Nebrija. Trabajo como psicóloga infantil de prácticas en el Centro de servicios infantiles y de familia (Murcia). Estoy realizando el Máster en neuropsicología por la UOC.
- **María Fernández Ruiz.** Grado en Psicología en la Universidad de Murcia. Máster universitario en Psicología Infanto Juvenil. Experiencia como educadora de ocio y tiempo libre.
- **Marina Fernández Garay.** Grado en Psicología en la Universidad de Murcia. Máster en Neuropsicología y Máster en intervención social. Nivel C1 de Inglés. Curso en cooperación internacional por Universidad de Nebrija.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los primeros años de vida simbolizan un momento del crecimiento humano especialmente crítico, ya que se van a desarrollar las habilidades motoras, perceptivas, cognitivas, sociales y lingüísticas que se necesitan para desenvolverse con el mundo. Además, son muchos los autores que dicen que es una falta de desarrollo estructural estable, lleva luego a una incapacidad funcional. Para adquirir aprendizajes y desarrollar nuevas capacidades de acuerdo con las experiencias a las que se ve expuesto, es importante otros factores como establecer el vínculo afectivo y estimulación familiar. Un desarrollo armónico se define como aquel que logra alcanzar su destino ideal, a través de una trayectoria más o menos armónica, en función de la fuerza de las variables presentes en cada momento. La escala de desarrollo armónico cuenta con la evaluación de 10 hitos importantes del desarrollo, los cuáles son fundamentales que avancen equilibradamente en la maduración del ser humano y se adquieran conjuntamente. En conclusión, para efectos de intervención temprana, detección y prevención se utilizan programas de estimulación del desarrollo y el aprendizaje, para mitigar las secuelas y favorecer el buen pronóstico del desarrollo.

DESCRIPCIÓN/MÉTODO

Participantes: se realiza principalmente con el sujeto, varón, con fecha de nacimiento 2 de septiembre de 2017, con una edad cronológica de 2 años y 1 mes. Es derivado por su pediatra a Atención temprana porque no ha adquirido el habla. Para la evaluación utilizamos la escala de Desarrollo Armónico –EDA–, esta escala se caracteriza por ser un instrumento de evaluación intraindividual para la infancia, que cuenta con dos indicadores paramétricos: de orden, Cociente de Desarrollo Estable y de control, Índice de Armonía. Se realizó una exploración psicológica durante 90 minutos. Realizamos juegos en los aparatos del parque infantil, juegos manipulativos con diferentes materiales y juguetes, mientras que los padres esperaban en otra sala. Finalmente, se traslada esta información a la Escala de Desarrollo Armónico. Se recomienda, de acuerdo con las observaciones obtenidas en la escala de Desarrollo, una intervención multidisciplinar: estimulación del

desarrollo añadiendo técnicas de psicomotricidad y multisensorial, cómo una orientación educativa para los padres.

RESULTADOS

En base a la observación, los porcentajes que obtenemos una vez introducidos en la escala, resultan de la siguiente manera: 90% tono, 93% coordinación, 90 precisión, 88% percepción interna, 80% percepción externa, 85% modulación, 85% expresión, 84% comprensión, 85% identidad y 85% integración. En esta ocasión el índice de Armonía es de 83 puntos sobre 100. La persistencia de un IA inferior a 80 después de un año de seguimiento aconseja una valoración especializada de las funciones en alerta. Según los datos recogidos y la evaluación pertinente se expone como conclusión que la edad de desarrollo del niño es de 11 meses y 20 días, siendo la edad cronológica de 25 meses.

Los resultados obtenidos por la formulación de la escala son de un Cociente de desarrollo estable es 86, e Índice de armonía es de 83 sobre 100, de manera que podemos considerarlo armónico, al superar los 80 puntos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Según la impresión diagnóstica de las entrevistas y exploraciones realizadas podemos concluir que el paciente está afectado por un retraso

del desarrollo general, cuya etiología, por el momento, no parece justificarse por la disarmonía de ninguna área del desarrollo. Sería necesario iniciar la estimulación y observar la tendencia de la evolución antes de diagnosticar un trastorno específico. Según el DSM 5 (APA, 2014), la diferencia entre el retraso global del desarrollo y la discapacidad intelectual no especificada es que, aunque

a ambas se reserva para sujetos que no pueden definirse un diagnóstico específico, para los primeros es por ser menores de 5 años y no se puede valorar de manera fiable en los primeros años de vida. Esta categoría se adjudica a los sujetos que no han alcanzado, en el momento de la evolución, los hitos evolutivos acordes a su edad cronológica, como es nuestro sujeto en cuestión.

Cuando observamos en el sujeto resultados de retraso madurativo parcial o en conjunto hay que informar a la familia, ya que en un 30% de los casos la etiología de estos retrasos permanece desconocida o, si prefieren, son de causa idiopática. No es tarea fácil hacer un diagnóstico de confirmación, pero resulta mejor ir descartando otros que no son posibles. La evaluación no ha detectado funciones de alerta en el niño, el desarrollo actual es armónico, pero esto no descarta que la edad de desarrollo está por debajo de su edad cronológica. Hay que tener en cuenta que la evolución del menor es irregular, y que habrá funciones que se desenvuelvan mejor y otras que lo haga con más dificultades y que necesite más apoyos psicológicos y familiares.

APORTACIÓN A LA PRÁCTICA COMUNITARIA O A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Hay una repercusión crucial en el desarrollo de las alteraciones de la evolución normal del niño. Parece que el seguimiento de manera regular y maximizar el potencial de sus capacidades y habilidades es gracias a la detección precoz de los signos de alarma. Gracias a esta escala, disponible para los profesionales clínicos, permite estudiar las distintas funciones del desarrollo y detectar específicamente que área se encuentra retrasada en su evolución para poder intervenir adecuadamente.

PALABRAS CLAVE

Retraso, desarrollo, armónico, estimulación.

COMUNICACIÓN 33:

ESTUDIO DE UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL

AUTOR

- **Jon Asensi Munarriz.** Psicólogo que trabaja principalmente en el ámbito clínico infantil y adolescente, siguiendo principalmente la vía cognitivo-conductual. Formado en la UV, cuenta con los masters de CETECOVA y MTPNA de la UMH. Actualmente trabaja en Valencia en clínica propia y ajena.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La ansiedad social es el miedo o ansiedad intensa que sufre un individuo ante la posible evaluación del resto de personas. Es un problema que se inicia a finales de la niñez y durante la adolescencia, entre los 11 y los 15 años, pero que no se suele pedir ayuda hasta 5 o 6 años después, y que afecta a una gran parte de la población (1-8%). Existen distintas aproximaciones al tratamiento de las fobias sociales infanto juveniles, como la Terapia de Grupo Cognitivo-Conductual para Adolescentes (CBGT-A), la Terapia para la Eficacia Social para Niños (SET-C),

Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS) o el Skills for Academic and Social Success (SASS). De todas ellas, la que ha demostrado ser más eficaz es el IAFS. Esta intervención ha demostrado mantener sus efectos hasta cinco años tras su aplicación, sin embargo, cabría realizar estudios de desmantelamiento para comprobar qué elementos son realmente eficaces y poder aumentar así su eficiencia en la práctica clínica. El presente trabajo presenta datos preliminares sobre la eficacia del programa IAFS, eliminando el componente del videofeedback, en un estudio de caso.

DESCRIPCIÓN

Este estudio de caso aplica el programa IAFS a un joven de 19 años que cursa estudios universitarios y que convive con sus padres y con su hermana nacida durante el tratamiento. Tiene una pareja de la misma edad que actualmente vive en otra ciudad. El motivo de consulta que manifiesta es que sufre de ansiedad en momentos de ámbito social, cuando se encuentra con mucha gente, con desconocidos o al tener que salir a la calle, lo que le produce nervios muy altos, altos niveles de estrés, sofocos y una constante lluvia de ideas (rumiación) que vienen a su cabeza juzgando o valorando negativamente todo lo que ha dicho en los momentos anteriores y muy relacionados con lo que la gente pensará o dirá de él. Esto le provoca un gran malestar que acaba afectando a otras áreas de su vida.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DEL CASO CLÍNICO

El paciente fue diagnosticado de Ansiedad social tras 2 sesiones de entrevista clínica, y se decidió aplicarle el tratamiento IAFS sin el componente del videofeedback. Antes de la intervención se le pidió que rellenase los siguientes autoinformes: BDI, LSAS, SPAI, así como diversos autorregistros creados ad hoc. Tras esa primera evaluación se realizó la intervención. El tratamiento consistió en 19 sesiones de 60 minutos. Se realizan de manera individual y con periodicidad semanal en principio. Conforme van avanzando las sesiones y cumpliéndose objetivos, las sesiones pasan a realizarse cada dos semanas y después cada tres semanas. Era imperativo que se plantease la credibilidad

de sus pensamientos y evaluase correctamente el riesgo que tenía de ser juzgado negativamente. La terapia cognitiva se empleó también tanto para aumentar y corregir sus conocimientos sobre la ansiedad como para evaluar y cambiar sus creencias sobre su valía personal. Se tuvieron que añadir sesiones de exposición adicionales con respecto a las marcadas por el IAFS debido a situaciones no previstas a la hora de plantear la jerarquía.

RESULTADOS

Tras la intervención el paciente disminuye sus puntuaciones en el BDI, LSAS y SPAI, evidenciándose una reducción de los síntomas de ansiedad y de depresión, así como de las conductas de evitación. También relata que su pareja asegura verle “más feliz”, cosa que él ratifica. Dice sentirse mucho más cómodo en situaciones sociales.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

Estos hallazgos, en la misma línea de los estudios previos, respaldan la utilidad que puede tener el programa IAFS como tratamiento para la ansiedad social en adolescentes y jóvenes. Además, podemos observar que la técnica del videofeedback no parece ser una condición necesaria para su efectividad, sin embargo es necesario realizar más investigaciones aleatorizadas para poder comprobar los resultados.

APORTACIÓN A LA PRÁCTICA COMUNITARIA O A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Como podemos ver, los protocolos de tratamiento son una guía útil para el clínico, y pueden adaptarse a las necesidades de cada caso y los recursos de cada terapeuta.

PALABRAS CLAVE

IAFS, dismantling, social phobia, intervention, adolescents.

COMUNICACIÓN 34:

INTERVENCIÓN FAMILIAR BASADA EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA, EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

AUTOR

- **Daniel Barcenilla Barcenilla.** Psicólogo Interno Residente de cuarto año, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España. Máster en Intervención y Cuidado Familiar de la Universidad de Coruña.
- **Aida Fernández Lara.** Psicóloga Interna Residente de tercer año. Hospital de Cabueñes de Gijón, Asturias, España. Máster en Intervención y Cuidado Familiar de la Universidad de Coruña.
- **Carmen Aparicio Gómez.** Graduada en Psicología. Máster en psicogerontología. Habilitada para el ejercicio de actividades sanitarias.
- **Margarita María López Noche.** Psicóloga Clínica en Centro de Salud Mental Infantojuvenil, en Gijón, Asturias, España.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se pretenden describir las variables clínicas y relacionales más importantes en la intervención familiar con pacientes infanto-juveniles, específicamente nos centraremos en las intervenciones dirigidas a familias con un miembro adolescente. El análisis de dichas variables se basa en el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica Intrafamiliar (SOATIF) desarrollado por Friedlander y Escudero.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El modelo SOATIF tiene en cuenta cuatro variables fundamentales en la intervención familiar, estas son: seguridad, conexión emocional, enganche en el proceso y sentido de compartir el propósito. Resumidamente, la seguridad habla de que la familia sienta que la terapia es un lugar para expresarse y donde no van a ser atacados. La conexión emocional tiene que ver con que los miembros de la familia se sientan comprendidos por el terapeuta y reciban señales de dicha comprensión. El enganche en el proceso se refiere al acuerdo entre los miembros de la familia y con el terapeuta sobre los objetivos y tareas que se deciden en la terapia. Por último, el sentido de compartir el propósito, también llamado, alianza intrafamiliar, describe aquellos aspectos que se observan en la familia y que indican que comparten una misma idea sobre el problema. Esta última es una cuestión clave para el pronóstico de la terapia.

Las variables descritas más arriba han sido, entre otras, las que el terapeuta como psicólogo interno residente, ha tenido en cuenta en las intervenciones realizadas en un Centro de Salud Mental Infanto-juvenil perteneciente al servicio de salud del Principado de Asturias.

En dicho centro las derivaciones se producen normalmente desde el pediatra, siendo la persona demandante de ayuda uno de los progenitores o los dos. La mayoría de las demandas relacionadas con adolescentes se trataban de problemas de conducta: no obedecer normas, violencia, uso de drogas, absentismo escolar, etc.

En la primera entrevista las cuestiones más importantes que el terapeuta exploró fueron: de quién fue la idea de acudir, en quién situaban el problema (normalmente en el menor), qué actitud mostraban los diferentes miembros (solicita, demandante, visitante, rehén, fugitivo), tiempo de evolución y variables del entorno que podían estar influyendo (separaciones, fallecimientos, enfermedad de familiar, dificultades económicas, etc.).

En cuanto a la actitud de la familia, nos habla del nivel de hostilidad entre los miembros de la familia y también hacia la propia terapia. La experiencia del clínico es que en la mayoría de las ocasiones la actitud de los padres es de demandantes, es decir, observan un problema, pero no creen que puedan cambiarlo, y la del menor es de visitante (acude, pero no tiene motivación por la terapia ni observa un problema) o rehén (acude obligado y muestra desacuerdo con la consulta). El trabajo del terapeuta fue la de crear la seguridad y conexión emocional necesarias para que estas posiciones cambien a una modalidad "solicita", es decir, que cada miembro entienda que está inmerso en el mantenimiento del problema y que puede hacer algo para resolverlo.

Al finalizar la primera entrevista el terapeuta trató de valorar el nivel de recursos y riesgos que intervienen en el problema. Para ello, utilizó una metáfora que propone también el modelo SOATIF, esto es un cociente entre la Estructura de Recursos para el Cambio (ERC) y la Estructura que Mantiene el Problema (ERM), elevada por el tiempo de evolución. Si el resultado de esta ecuación es superior a 1, entonces el pronóstico era favorable.

Por otro lado, el terapeuta trató de hacerse una idea de a qué nivel de profundidad se encontraba la dificultad. Basándose en la metáfora de "la cebolla" de Valentín Escudero las dificultades pueden obedecer a tres situaciones. La primera y más superficial es dificultades en las habilidades parentales (normas), la segunda es que exista un problema de pareja (conyugalidad) y, la tercera, que exista un problema en uno de los progenitores o en el paciente identificado a nivel de apego. La experiencia del clínico es que en los problemas más leves y de menor evolución la dificultad se encontraba en la primera capa y a veces en la segunda. No obstante, se encontró con varios casos en los que uno de los progenitores tenía dificultades serias para regular sus propias emociones y esto repercutía, en cadena, en la conyugalidad y en la parentalidad. Si a esto le sumamos que hablamos de miembros adolescentes, los cuales se encuentran en una época de cambio y de crisis evolutiva, el coctel era perfecto para que se desencadenasen los problemas de conducta por los que la familia solicitaba ayuda.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La experiencia del clínico es que, cuando logró crear seguridad en el sistema se sentaban las bases mínimas para conocer el problema, detener su circularidad en un primer momento (cambio 1 en términos de la Escuela del MRI) y en un segundo momento lograr el citado "sentido de compartir el propósito". El terapeuta observó que cuando esto no se daba en las primeras 6-8 sesiones el pronóstico era peor y coincidía con factores de riesgo como dificultades de apego, laborales y especialmente, cronicidad. De gran importancia fue dedicar un espacio privado para el menor, de cara a conectar con él y apoyarle en el proceso de individuación propio de la adolescencia.

APORTACIÓN A LA PRÁCTICA COMUNITARIA O A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Trabajar desde un modelo relacional y familiar basado en la alianza terapéutica ofrece una visión diferente de los síntomas, menos centrada en el paciente identificado y por lo tanto menos aversiva para él. Este hecho facilita el cambio en toda la familia, acortando el número de sesiones y produciendo un cambio más duradero.

PALABRAS CLAVE

Alianza terapéutica, adolescencia, terapia familiar.

COMUNICACIÓN 35:

TRABAJO CON ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS DE ANOREXIA NERVIOSA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL

AUTOR

- **Rocío Bouza Fustes.** Psicóloga Clínica en Osakidetza. Centro de Salud Mental de Zumárraga. Curso Básico de Formación en Psicopatología y Psicoterapia de Niños y Adolescentes de la sociedad española de psiquiatría y psicoterapia de niños y adolescentes (SEYPNA). Curso Universitario de Especialización en Técnico especialista en trastornos del comportamiento alimentario.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son el diagnóstico de Salud mental con una prevalencia mayor de mortalidad. En torno a un 10% mueren.

En el desarrollo de un Trastorno de Conducta alimentaria están implicados multiplicidad de factores como la personalidad premórbida, el ambiente patologizante, cánones estéticos sociales y circunstancias vitales estresantes. El resultado de la interacción de todos estos factores contribuye a que la búsqueda de la identidad quede restringida a la apariencia corporal. De esta manera, el síntoma alimentario aparece como un intento de enmascarar conflictos existenciales más profundos y de un mundo interior vacío.

Por los cambios tanto biológicos como emocionales que se producen en esta etapa, la adolescencia es un periodo fundamental para la consolidación de las bases de la identidad. Por ello no es sorprendente que la mayor prevalencia de la aparición de este trastorno sea esta fase.

DESCRIPCIÓN

Este trabajo pretende reflexionar sobre los diferentes elementos a tener en cuenta por parte de la psicología clínica para intervenir en estos trastornos desde un dispositivo de atención ambulatoria, concretamente un Centro de Salud Mental Infantojuvenil del Servicio Público de Salud. Nos centraremos en los casos de Anorexia Nerviosa, tratando de encontrar una propuesta que aúne la disponibilidad de recursos del sistema público de salud y las necesidades de estas pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Estas notas son fruto de la experiencia de trabajo como Psicóloga Clínica en un Centro de Salud Mental Infantojuvenil periférico perteneciente al Servicio Vasco de Salud. En este centro de salud mental, se encargan de la atención a la salud mental de la población infantojuvenil (0-18 años) una psicóloga a tiempo completo y una psiquiatra un día a la semana, teniendo apoyo puntual de la enfermera del centro.

Para este tipo de pacientes, en la bibliografía se recomienda una intervención multidisciplinar, con seguimiento estrecho (tanto a nivel del

control de la parte física como la psicoterapéutica) además de resultar prácticamente imprescindible la intervención con las familias. En un primer momento la intervención más adecuada será ambulatoria, reservándose el ingreso hospitalario para casos de mayor gravedad.

En gran parte de la bibliografía revisada se recomienda también que el terapeuta que se encarga del cuidado de la parte física no sea el mismo encargado de la parte psicoterapéutica, y que el referente para las familias no sea la misma persona que el referente para el paciente. En muchos casos no es posible por no disponer de suficientes recursos de personal. Esto no hace imposible una intervención ambulatoria que evite el ingreso.

Parte psicoterapéutica con las pacientes: El rasgo más sobresaliente que se ha encontrado es la dificultad para detectar y poner en palabras casi cualquier aspecto referido a lo emocional, y en particular la emoción de ira.

Este contenido emocional es acallado con discursos referidos a la comida. Las primeras entrevistas van dirigidas al establecimiento de la alianza terapéutica. Hemos visto que estos perfiles de pacientes necesitan mayor frecuencia de consultas que otras demandas, por lo que se ha optado por establecer citas semanales. Debido a la presión asistencial, las citas presenciales tienen una periodicidad quincenal, y entre cada cita se realiza una consulta telefónica más breve. La encargada de la parte psicoterapéutica es la psicóloga clínica.

Seguimiento del peso: Es importante desvincular el control del peso de la persona que hace el tratamiento psicoterapéutico. En este sentido, estamos en coordinación con el servicio de endocrino del hospital de referencia que realiza seguimiento y control del peso con una periodicidad mensual. Se ha observado que con un mayor distanciamiento del control del peso es más probable que éste disminuya, por lo que hemos reforzado el control desde el Centro de salud mental. En este caso en concreto optamos porque sea enfermería quien haga el control del peso.

Contención farmacológica de los síntomas asociados: La psiquiatra se encarga del control farmacológico de los síntomas asociados. Nos hemos encontrado con frecuencia sintomatología afectiva y alteraciones del sueño. La periodicidad de las sesiones es mensual.

Soporte familiar: Se interviene sobre dos elementos fundamentales. Desligar la responsabilidad de las familias sobre las comidas con el objetivo de reducir el conflicto intrafamiliar en relación a la comida. En este sentido se orienta a las familias a ceder la organización de las dietas al servicio de Endocrino. Por otro lado, el trabajo con la culpa. Se ofrece un espacio con una periodicidad de una sesión mensual a ambos padres, siempre de manera conjunta para resolver posibles dudas y realizar contención emocional.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

Se observa que a medida que avanzan las sesiones de psicoterapia va apareciendo un discurso más desvinculado de lo alimentario y referido a lo emocional. Poner palabras al vacío. Para ello se utilizan una gama amplia de recursos entre los que destacan: los autorregistros e emociones, la entrevista clínica, elementos de terapia narrativa y todo ello sobre la base de una alianza terapéutica sólida que permita la vivencia de una experiencia emocional correctiva.

Con esta intervención se ha logrado el control ambulatorio de la gran mayoría de los casos, produciéndose en las pacientes una progresiva recuperación ponderal, y lo que nos parece fundamental, una mejora del estado anímico.

PALABRAS CLAVE

Anorexia nerviosa, tratamiento ambulatorio, sanidad pública.

COMUNICACIÓN 36:

THE HARTISTIC PROJECT (ARTETERAPIA MULTIDISCIPLINAR): EL RETO DE LA RESILIENCIA EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD SOCIAL Y PERSONAL

AUTOR

- **Assumpta Montserrat Rull.** Dra. Comunicación, URL. Lda en Geografía e Historia, UB. Piano, Conservatorio del Liceu. Máster de Coaching, Motiva't de Bcn. Máster de Terapias artísticas y creativas, ISEP. Creadora THE HARTISTIC PROJECT y POPMYC. Autora de varios libros y publicaciones.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

¿Puede el arteterapia incrementar la capacidad de resiliencia y el bienestar personal? Con esta experiencia analizaremos el impacto emocional, físico, psíquico y espiritual del arte en el ser humano.

El equilibrio del bienestar personal está expuesto a factores de resiliencia. Niños, jóvenes y adultos en contextos de vulnerabilidad están aún más expuestos a realidades dañinas: fragilidad emocional, problemas de salud mental, baja autoestima, anorexia y bulimia, bullying, moving, acoso cibernético. En mi experiencia profesional estas problemáticas se presentan como un reto: ganar en resiliencia a través del arte.

Este crecer en resiliencia se vehicula a través del arteterapia multidisciplinar: cine, música, plástica, teatro y movimiento.

DESCRIPCIÓN

El objetivo es dar una propuesta de actuación arte terapéutica, en un contexto multidisciplinar, con herramientas para crecer en resiliencia y mejorar el bienestar.

La hipótesis de partida es: si aplicamos el arteterapia multidisciplinar en contextos de vulnerabilidad, ¿se producen cambios en la resiliencia de las personas?

La resiliencia es la capacidad humana que permite resistir ante las dificultades, adaptarse a nuevas situaciones y transformar los desafíos oportunidades. El arte ayudará en este objetivo.

EXPERIENCIA

THE HARTISTIC PROJECT contiene el Programa de orientación personal y profesional a través de la música y el cine POPMYC. Da herramientas a través del cine y la música. Estas disciplinas artísticas abren las puertas a lo simbólico, a lo espontáneo. Esto lleva a la expresión de sentimientos, conexiones en el mundo interior y exterior que favorecen cambios positivos.

Se ORIENTA a colectivos en situación de riesgo social, profesional y de salud.

El grupo muestra con el que se trabajó eran 22 jóvenes de 16 a 18 años. Presentaban signos de desmotivación personal, búsqueda de oportunidades, anorexia, cuadros depresivos. El visionado de una película, con la posibilidad de interactuar/bailar con los personajes facilitó vínculos y vías de empatía.

Se propuso vivenciar la película ¡Esto es ritmo! (2005). Basada en un experimento con 250 jóvenes adolescentes de barrios suburbanos de Berlín, que realizan una coreografía grupal de "La consagración de la primavera" de Igor Stravinsky.

Tras el visionado, el grupo estableció vínculos afectivos entre sí y empatizó con los protagonistas. Se propuso una danza grupal para bailar las emociones que nos embargaban. A través de ella, dibujaron lo que habían sentido y lo compartieron al grupo. A través del juego de roles se integraron las capacidades y potencialidades que cada uno llevaba en su interior.

El POPMYC se implicó así en el desarrollo de las personas y en el desarrollo social. Permitted poner al alcance de todo el lenguaje artístico para la acción social. Los procesos arteterapéuticos se convirtieron en vehículo de identidad grupal, mejora personal y colectiva, creación de sentimiento de pertenencia a un grupo, motor de cambio social, personal y autoestima y abrieron vías de resiliencia.

RESULTADOS

Como resultados, se constató un empoderamiento de los usuarios. A través de la toma de conciencia de quien soy, por qué soy y para qué soy, se llegó a la búsqueda de sentido, que orientó y dio direccionalidad a sus vidas.

La capacidad artística y creativa de todo ser humano se puso en juego para crecer en resiliencia. El acto creativo evocó a aquello que subyace en cada uno, a veces, sin tener conciencia de ello. Las terapias artísticas y creativas se presentaron como una vía para crecer en resiliencia.

Se puso al alcance de todos/as la experiencia artística y el crecimiento en resiliencia, objetivo de esta comunicación.

Con diversas dinámicas arte terapéuticas se llegó a empoderar a los usuarios en capacidades de resiliencia.

Flexibilidad, conectamos con su adaptabilidad a las diversas situaciones.

Autoconocimiento, llevó a la autoestima y a la tenacidad.

La creatividad, se convirtió en factor clave de resiliencia en contextos de crisis. El arte se manifestó aquí de forma soberana, a través de dibujos, poemas y performances.

La confianza en sus capacidades dio energía y seguridad. La tarea generó empoderamiento. Esta confianza se enraizó en el control emocional y facilitó su regulación.

Se dio la búsqueda personal y la aceptación hacia la mejor versión de uno mismo.

CONCLUSIONES

THE HARTISTIC PROJECT, se enfoca a producir imágenes, actuaciones y objetos a través de las diversas disciplinas artísticas con el fin de crecer en resiliencia.

En la experiencia, dicha resiliencia se canalizó en la creación de un musical propio con los usuarios del grupo muestra. La finalidad de la producción se orientó a la expresión de lo humano mostrando sus experiencias subjetivas, tensiones existentes, lo consciente y lo inconsciente a través de los colores, los sonidos, las texturas, el ritmo, las vibraciones.

Valoramos las aportaciones de THE HARTISTIC PROJECT como una herramienta que ayuda a crecer en resiliencia y convierte su fuerza creativa en generatriz de la supervivencia y el desarrollo en contextos límite.

APORTACIÓN A LA PRÁCTICA COMUNITARIA

El proyecto, con más de 200 películas, pone al alcance de toda la riqueza del cine, de la música, arte, teatro y movimiento para que salgan a la luz las potencialidades de cada uno y sea así, una fuente de resiliencia y superación.

Se valora su aportación en los diversos contextos, ya que dota de herramientas adaptables a los diferentes colectivos, para crecer en resiliencia. El arteterapia multidisciplinar nos facilita en todo momento la acción y puesta en marcha, en este sentido.

PALABRAS CLAVE

Arteterapia multidisciplinar, resiliencia, vulnerabilidad, THE HARTISTIC PROJECT* (creado por la autora copyright@Assumpta Montserrat Rull), POPMYC* (creado por la autora copyright@Assumpta Montserrat Rull).

COMUNICACIÓN 37:

EL ALTAR DE MUERTOS MEXICANO COMO APOYO EN PROCESOS DE PÉRDIDA Y DUELO

AUTOR

- **Paloma Landgrave.** Cantante, performer y arte-musicoterapeuta, empieza a estudiar con más profundidad sobre cómo influyó y se vio influido por otras culturas del mundo el día de muertos. En el 2017 participa, en la Universidad de Niza, Francia, en el coloquio Babel: La muerte como fiesta, y expresión carnavalesca, actualmente acaba de escribir su primera obra alrededor de la fiesta mexicana de los muertos, "Cantando viene la Muerte" con la editorial círculo rojo.

RESUMEN

En general los medios más recurridos dentro de la arteterapia para poder afrontar los duelos han sido a través de las artes plásticas o visuales, la música y también del teatro a través del psicodrama.

También podemos ver cómo puede tratarse el duelo y hacer un vínculo entre el duelo y la escritura a través de viajes simbólicos con técnicas de verbalización. Las herramientas que más se pueden usar son los monólogos, la inversión de roles o el psicodrama.

El psicodrama es utilizado de manera muy recurrente sobre todo en situaciones en las cuales no podemos o no tenemos la capacidad de verbalizar nuestras sensaciones y sentimientos, pudiendo mezclarlo con la técnica del espejo (donde se representa dicha pérdida para que el usuario la vea desde fuera y desarrolle una toma de conciencia de lo que está sintiendo).

Por otro lado en las artes plásticas y visuales encontramos su uso en el duelo como un elemento terapéutico para la adaptación de la pérdida, creando un lugar de encuentro consigo mismo y también de apoyo con la comunidad, a través de la expresión de los sentimientos propios, y de la reconexión de esos sentimientos propios con los sentimientos de los otros, ligándolos a la imagen y a lo que intentamos expresar con ella.

Podemos encontrar elementos auditivos o sonoros, así como elementos gastronómicos que construyen a un altar de muertos. El objeto de nuestro interés es hablar específicamente sobre el proceso que está ligado a las terapias artísticas con elementos visuales y culturales. En este caso los representados por el altar de Día de Muertos y que sirven como un elemento que permite otro tipo de afrontamiento al duelo.

APORTACIÓN A LA PRÁCTICA COMUNITARIA O CLÍNICA

Podemos hablar de dos sentidos de aportación de esta actividad en la vida cotidiana de los usuarios. El más importante a resaltar es el de la práctica comunitaria, el cual permite una fusión social a través de elementos visuales y elementos culturales que pueden permitir a una comunidad el poder hacer frente a procesos de duelo, o de pérdida, para poder recibir apoyo a nivel individual, así como poder fomentar un apoyo a nivel colectivo sobre dichos procesos.

Otro de los puntos importantes a resaltar dentro de la aportación del altar puede ser también la fusión a nivel cultural que nos puede permitir no solamente otros usos y costumbres dentro de otras partes del mundo, sino también poder entender que nos pueden permitir apertura ,

no solamente hacia otras culturas que pueden proporcionarnos nuevas visiones para nuestro bienestar , sino que dichos usos y costumbres podrían abrirnos dentro de nosotros mismos nuevas perspectivas y nuevas maneras de pensar , y por consiguiente de abordar nuestros propios procesos de perdida. Esto dentro del marco social y de comunidad.

En el caso de la práctica clínica podemos ver beneficios directamente en el soporte que puede otorgarle a al acompañamiento psicológico dentro de un proceso de duelo, o de pérdida de una persona, o de duelo ante una situación adversa como una herramienta eficaz , que puede aportar ciertos complementos como lo puede ser dentro de una sesión terapéutica ya sea individual o grupal, proporcionando nuevas herramientas y actividades que pueden complementar todo aquello que en una sesión de terapia busque el facilitador o terapeuta que pudiera llegar a reflexionar o trabajar el paciente o usuario.

No sustituye del todo a una práctica clínica, pero puede ser un soporte interesante para poder permitir que los objetivos que se plantean en una práctica clínica puedan ser más fácilmente alcanzados por el usuario o paciente, con lo cual le permitiría a la larga poder desarrollar sus propios mecanismos ante el duelo y la pérdida, y por ende la mejora de su calidad de vida emocional.

PALABRAS CLAVE

Duelo, tradiciones, arte, culturas, psicología.

COMUNICACIÓN 38:

CREATIVIDAD SALUDABLE: UNA PERSPECTIVA ONTOLÓGICA DE LA CREATIVIDAD

AUTOR

- **David Viñuales.** Doctor en Artes visuales por la Universidad de Barcelona. Arteterapeuta durante 10 años en la Fundación Agustín Serrate e investigador especializado en las áreas de pensamiento visual y psicología de la imagen. Ha sido profesor en Masters en ICTP Moscow, Universidad de Barcelona, Universidad de Zaragoza, Universitat de Girona e ISEP.

RESUMEN

Una creencia cada vez más popular en esta sociedad compleja e instantánea, sostiene que la creatividad es un agente imprescindible para cualquier persona u organización que quiera crecer y sobrevivir con identidad propia. Mirando con perspectiva económica sabemos que ejercicios creativos de gran impacto han producido enormes beneficios, pero desconocemos cómo o en qué medida afecta esto a las personas que han impulsado dichos cambios. De este modo, la pregunta central de este trabajo se focaliza en la hipotética relación entre los procesos creativos y la salud de las personas que los vivencian y desde este lugar, en una posible creatividad saludable. Podría decirse que este trabajo supone un acercamiento singular al entendimiento de la creatividad, ya que, aunque se trata de una idea que viene reflejando y acumulando multitud de perspectivas y matices a lo largo de toda la historia de la humanidad, hoy vivimos un tiempo singular, con requerimientos singulares.

Para desarrollar este acercamiento, hemos realizado un estudio piloto con dos herramientas que promueven la creatividad, en paralelo a dos herramientas que nos ayudarán a medir los impactos emocionales de las actividades derivadas. Nuestro objetivo ha consistido en visualizar el bienestar de las personas relacionado con una actividad creativa, enfocada a personas y no a resultados.

PALABRAS CLAVE

Creatividad, identidad, salud, emociones, bienestar emocional.

COMUNICACIÓN 39:

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DURANTE LA CRISIS DEL COVID – 19

AUTORES

- **Jorge Iglesias Fernández.** Orientador Educativo. Graduado en psicología por la Universidad de Oviedo. Máster Universitario en Formación del Profesorado de Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Formación Profesional, por la Universidad de Salamanca.
- **Amaia Irázabal Bengoa.** Psicóloga Interna Residente, en el Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. Tercer año de formación. Actualmente cursando Máster en Intervención y Cuidado Familiar, por la Universidad de A Coruña.
- **Carmen Herrera González.** Orientadora Educativa.

RESUMEN

Debido a la crisis sanitaria derivada de la pandemia mundial de la enfermedad por coronavirus (COVID – 19), España vive actualmente una situación excepcional. Tras el decreto del Estado de Alarma, se han puesto en marcha una serie de medidas para la protección de la población. Una de las medidas que afecta de forma más drástica a nuestro estilo de vida, es el confinamiento en casa para reducir el número de contagios. Aún se desconocen los efectos que esta situación generará en la población general a medio y a largo plazo; pero es posible realizar previsiones midiendo el impacto que está teniendo de forma inmediata.

La crisis que estamos viviendo lleva consigo un desafío al que nuestro Sistema Educativo se enfrenta por primera vez: la interrupción de forma indefinida de las clases presenciales. Esto no quiere decir que el curso escolar se haya suspendido, sino que debe continuarse sin acudir a los Centros Educativos. Para ello, el Ministerio de Educación y Formación Profesional ha elaborado una serie de directrices y pautas generales, que las Consejerías de cada CCAA han adaptado a la realidad de su contexto. Sin embargo, la ausencia de precedentes provoca que aparezcan nuevas dificultades y necesidades desconocidas. Ante esta situación, se vuelve fundamental desarrollar herramientas y estrategias que permitan la detección precoz de posibles desajustes, para intervenir lo antes posible en su corrección.

Según la LOE (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación), modificada por la LOMCE (Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa), la orientación educativa, psicopedagógica y profesional ha de considerarse un derecho básico y fundamental del alumnado y de sus familias, un recurso al servicio de la mejora de los aprendizajes y del apoyo al profesorado y, en general, al conjunto del sistema. Desde el campo de la orientación educativa es imprescindible ofrecer una respuesta a las necesidades del alumnado, las familias y el profesorado que surjan en este contexto. Y esa respuesta, en forma de apoyo y asesoramiento, debe venir precedida de un análisis de las dificultades y necesidades que están surgiendo en nuestros Centros Educativos a raíz de la crisis sanitaria. Se puede especular y realizar hipótesis sobre cómo esta situación puede estar afectando pero, desde nuestro punto de vista, es imprescindible realizar un análisis de forma empírica previo a cualquier intervención.

El presente estudio pretende centrarse en el ámbito educativo, y, más concretamente, en el impacto en el proceso de enseñanza – aprendizaje que tiene la interrupción de las clases en dos entornos distintos: cuatro Centros Educativos de Educación Infantil y Primaria de poblaciones

urbanas, y dos CRA (Centros Rurales Agrupados), situados en un entorno rural. Para ello, se pretende analizar la percepción por parte de los y las profesionales de la educación de las principales dificultades con las que se están encontrando dichos Centros Educativos en la continuidad del proceso de enseñanza – aprendizaje a distancia. La justificación de la importancia del estudio surge de que, siendo dos etapas educativas en las que la socialización y el contacto, tanto con figuras adultas como entre iguales, suponen un elemento fundamental para el aprendizaje y para el desarrollo del alumnado, puede existir un importante impacto negativo sino se toman medidas adecuadas.

Desde uno de los EOE (Equipos de Orientación Educativa) que atiende a los Centros Educativos de Educación Infantil y Primaria de Asturias, se ha elaborado un sencillo cuestionario para el profesorado. El objetivo es obtener información relevante y directa de los y las profesionales que se enfrentan a este nuevo reto para la educación. Para ello, el cuestionario tiene en cuenta las variables que se consideran de interés y que se exponen a continuación:

- Centro educativo en el que la persona desempeña su labor profesional.
- Pertenencia o no al equipo directivo.
- Etapa o etapas educativas en las que el o la docente imparte clase.
- Uso de las TIC para la comunicación entre profesionales: medios más utilizados.
- Uso de las TIC para la comunicación con el alumnado y sus familias: medios más utilizados.
- Uso de las TIC para la continuación del proceso de enseñanza – aprendizaje: medios más utilizados.
- Porcentaje del alumnado que sigue de forma activa con su proceso de enseñanza – aprendizaje.
- Principales dificultades que, como profesional, encuentro para el uso de las TIC.
- Principales dificultades que detecto en mi alumnado para el uso de las TIC.
- Aspectos en los que el Equipo de Orientación Educativa podría ofrecer apoyo y asesoramiento.
- Propuestas de mejora.

El análisis de las respuestas ofrece información reveladora, pero también preocupante. Se constata la teoría de que existen muchas dificultades en el uso de las TIC, derivadas de problemas materiales (ausencia de medios o problemas de conexión). Pero también se comprueba que los problemas previos del alumnado más vulnerable, se acentúan con la imposibilidad de acudir al Centro Educativo de manera presencial, y de realizar un seguimiento más individualizado de dichos alumnos y alumnas.

Con esta información, se podrán elaborar desde el EOE una serie de medidas de apoyo y asesoramiento no genéricas, sino ajustados a la realidad y al contexto de los Centros Educativos que, en este caso, atendemos.

Este estudio constituye el primer paso de una prometedora línea de actuación, que esperamos no solo sirva al alumnado de nuestro entorno concreto, sino que sienta las bases para replicarlos en otros Centros de nuestro Sistema Educativo.

PALABRAS CLAVE

Evaluación, centros educativos, TIC's.

COMUNICACIÓN 40:

HERRAMIENTAS TICS Y NATIVOS DIGITALES: GAMIFICACIÓN E INNOVACIÓN DEL APRENDIZAJE EN LA ESCUELA 2.0

AUTORES

- **Guadalupe Martín-Mora Parra.** Doctora en Psicología. Premio extraordinario de doctorado. Profesora contratada investigadora en la Universidad de Extremadura.
- **Isabel Borrego Hernández.** Psicóloga clínica. Doctoranda en Psicología (Universidad de Extremadura).

RESUMEN

La incorporación de las tecnologías digitales a la educación ha dado lugar a la aparición de métodos de enseñanza-aprendizaje actualizados basados en el uso de las ventajas que tanto Internet como las TIC proporcionan. Herramientas tales como el e-learning, o el m-learning, han convertido la Educación 2.0 en una realidad en la que los alumnos son el centro del proceso, independientemente del contexto físico en el que se encuentren y el aprendizaje se personaliza en función de sus capacidades y características, permitiendo, adicionalmente, actualizar los contenidos de manera continuada. Dentro de estas técnicas de aprendizaje, numerosas herramientas y aplicaciones han comenzado a emplearse cada vez con más asiduidad. En este contexto, el uso de las TIC en combinación con las técnicas propias de la Gamificación de la educación son cada vez más protagonistas debido, principalmente, a la capacidad que dicha técnica tiene para conseguir la implicación de los estudiantes.

A pesar de las ventajas que la Gamificación introduce en el aprendizaje, su aplicación no está exenta de problemas, debido, en parte, a que muchos docentes desconocen, no sólo el concepto en sí, sino la forma en la que esta técnica puede introducirse en el currículum educativo. En este contexto, el presente trabajo constituye una revisión teórica que tiene como objetivo ofrecer una visión general de las principales características que definen a la Gamificación, así como algunas de las plataformas y apps que pueden emplearse para aplicarlo en diferentes niveles educativos. Para ello, se realiza una síntesis actualizada del concepto de Gamificación a través del análisis de algunos de los últimos estudios realizados sobre el tema, incluyendo además el análisis de las apps más utilizadas para su implementación.

PALABRAS CLAVE

Gamificación del aprendizaje, educación 2.0, TICs, aplicaciones digitales.

COMUNICACIÓN 41:

PERFIL NEUROCONDUCTUAL ATENCIONAL EN ADOLESCENTES CON Y SIN TRASTORNO POR DÉFICIT CON O SIN HIPERACTIVIDAD

AUTOR

- **Miquel Ginard Puigserver.** Graduado en Psicología en el 2016 por la Universitat de les Illes Balears (UIB). Más tarde hice el máster de intervención neuropsicológica en el Institut Guttmann en el 2017 y el máster de Psicología General Santiaria en la UIB. Estoy trabajadondo en el departamento de psicología clínica bajo la dirección del Dr Mateu Servera. Nuestra línea de investigación es el TDAH y el Tempo Cognitivo Lento.

RESUMEN

OBJETIVOS

Los objetivos del estudio es analizar las diferencias entre un grupo TDAH y control en medidas conductuales (inatención, impulsividad), trastorno negativista desafiante, tempo cognitivo lento, funcionamiento ejecutivo diario y comportamiento general, informados por los progenitores, profesores y por los propios participantes. Además, también se quiere analizar las diferencias en medidas neuropsicológicas con las pruebas CPT3 de Conners y las redes atencionales de Posner.

METODOLOGÍA

- **Diseño del estudio:** Este estudio se engloba dentro de la metodología observacional ya que no se manipulan los grupos ni las variables para realizar una causalidad sobre las variables dependientes u observadas. Pero sí que se ha realizado un contrabalanceado mediante el azar en las dos pruebas neuropsicológicas atencionales.
- **Población de estudio:** Este estudio cuenta con una muestra de 32 adolescentes entre 1º y 2º de ESO. 10 niños fueron reclutados en la muestra normal y 22 niños en la muestra control. Los estudiantes para ser reclutados no debían tener un diagnóstico de discapacidad intelectual y otros trastornos neurológicos. El 65% de la muestra eran varones.
- **Instrumentos y procedimiento:** Para el protocolo conductual se ha usado la escala DuPaul para medir el TDAH y el TND, la escala CABLI para medir el tempo cognitivo lento, la escala BDEF de Barkley para medir el funcionamiento ejecutivo diario y dos ítems en formato analógico que median el comportamiento general en casa/clase y rendimiento académico. Los progenitores, los profesores y los participantes cumplimentaron estas escalas. En las medidas neuropsicológicas, se han usado la prueba de atención sostenida de Conners CPT3 y las Redes atencionales de Posner (ANT) versión infantil, que miden las tres redes atencionales (Alerta, Orientación y Conflicto).
- **Procedimiento:** Las fases del estudio han sido: 1) obtención del consentimiento informado por parte de los tutores legales, 2) recogida de las medidas conductuales para progenitores y tutores/as y, 3) evaluación individual en el protocolo neuropsicológico y administración de las medidas autoinformadas del protocolo conductual de cada alumna/o. La aplicación de las dos pruebas neuropsicológicas se ha realizado en modo contrabalanceado mediante el azar. La mitad de la muestra realizó en primer lugar el CPT y luego la prueba ANT,

y la otra mitad lo hizo de modo inverso. Se adaptó un aula para poder aplicar las dos pruebas de forma idónea. Aunque el 70% de los participantes del grupo TDAH estaba siendo tratado con psicofármacos, todos los participantes fueron evaluados en el protocolo neuropsicológico con un mínimo de 24 horas sin tomas antes de realizar las pruebas.

- **Aspectos éticos:** Los participantes del grupo TDAH forman parte de la muestra reclutada para el proyecto de investigación PSI2017-82550-R. Los participantes del grupo control fueron reclutados en un centro concertado de primero y segundo de ESO de Palma de Mallorca, España. Todos los participantes fueron evaluados por el autor del presente trabajo. Este estudio al enmarcarse dentro del proyecto de investigación sobre fenotipos neuropsicológicos del Tempo Cognitivo Lento, fue aprobado por el Comité de ética (CER) de la Universitat de les Illes Balears.

RESULTADOS

Los resultados en los progenitores, tanto en padres como madres vemos que hay diferencias significativas en intención, impulsividad, funcionamiento ejecutivo diario, tempo cognitivo lento y comportamiento en casa con un tamaño del efecto grande.

Para los profesores, hay diferencias estadísticas en la escala de inatención con un tamaño del efecto grande. A pesar de que el rendimiento académico no sea significativo, si obtiene un tamaño del efecto moderado.

En los propios chicos reclutados, los niños con TDAH se autoperiben con una mayor inatención, impulsividad, más negatividades desafiantes, mayor puntuación en tempo cognitivo lento, y peor funcionamiento ejecutivo diario con un tamaño del efecto grande o moderado.

En la prueba CPT3, no hay diferencias significativas en la capacidad atencional (d), pero si en la variabilidad el tiempo de reacción con un tamaño del efecto grande. En la prueba ANT de Posner, solamente hemos encontrado diferencias significativas en la red de orientación con un tamaño del efecto moderado, pero no en las de alerta y conflicto.

Finalmente hemos encontrado una relación significativa positiva moderada entre la red de orientación y la variabilidad del tiempo de reacción.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se ha visto que los adolescentes con TDAH tienen peores puntuaciones en la sintomatología nuclear del TDAH, mayor puntuación en tempo cognitivo lento, peor funcionamiento en la vida diaria y peor rendimiento académico informados por los padres y docentes. Además también los niños se autoperiben de la misma forma. Vemos que el grupo TDAH tiene altas puntuaciones en Tempo Cognitivo Lento, el cual se ha demostrado ser un factor de protección de las conductas problemas (comportamiento en general y trastorno negatividad desafiante). A pesar de que los niños con TDAH estuvieran con tratamiento farmacológico, esto nos hace pensar en la cronificación del trastorno y su repercusión académica y familiar.

A nivel neuropsicológico, no encontramos grandes diferencias en las pruebas de atención, más bien vemos diferencias en la variabilidad del tiempo de reacción. Esto nos hace pensar que los niños con TDAH no tienen una baja capacidad atencional, sino que no la saben gestionar bien. En las redes atencionales de Posner no encontramos grandes diferencias, esto se debe a que esta prueba no está pensada para su evaluación clínica, sino de forma experimental. Para ello es recomendable usar nuevas versiones del ANT como es la ANI-VEA.

PALABRAS CLAVE

TDAH, tempo cognitivo lento, funcionamiento ejecutivo de la vida diaria, CPT y Attentional Network Task.

COMUNICACIÓN 42:

POTENCIACIÓN DE LAS CAPACIDADES COGNITIVAS A TRAVÉS DE LA NEUROCIENCIAS Y LA EDUCACIÓN

AUTOR

- **Vanessa Bedoya Restrepo.** Psicóloga, Máster en Neuropsicología clínica, Experto en altas capacidades y desarrollo del talento, Especializada en evaluación, estimulación y rehabilitación de niños y adultos, Diplomada Abordaje Psicosocial de las Problemáticas Contemporáneas.

RESUMEN

El aprendizaje, así como la plasticidad neuronal, se producen durante toda la vida del estudiante y es necesario aprovechar esta plasticidad para mejorar las interacciones entre los contenidos académicos, la metodología y el cerebro del niño. Al saber cómo aprende el menor, cuáles son los tiempos, los métodos y las características adecuadas del aprendizaje, se permite mejorar todo el proceso de enseñanza y esto se traducirá en una potenciación de las capacidades y en disminución del fracaso escolar. El objetivo principal de este trabajo es definir

los parámetros en los cuales la Neurociencias y la Educación se unen con el fin de crear una nueva forma de ver el aprendizaje del niño y de impartir la enseñanza. El propósito es generar nuevos procesos educativos que permitan potenciar las capacidades cognitivas mejorando aquellas funciones más deficitarias y desarrollando al máximo las habilidades del individuo entre tanto se fomentan nuevas conexiones, y esto a su vez da una transformación del sistema nervioso. La metodología desarrollada en esta revisión bibliográfica se basó en una revisión exhaustiva en las diferentes publicaciones en revistas y libros sobre neuroeducación, neuropsicología educativa, neurociencias y educación. También use información proporcionada en la asistencia a congresos que tenían de base una implicación con el tema en cuestión.

Dentro de las Fuentes de búsqueda primaria lleve a cabo una revisión de artículos, publicaciones y documentos sobre neuroeducación y potenciación de capacidades en diferentes portales de búsqueda como Pubmed, Google scholar, Dialnet, Redalyc, SciELO, Ncbi, Psycnet y libros de autores que han centrado sus estudios en el tema. Para las fuentes secundarias usé libros que recopilaban los avances sobre neuroeducación descritos por expertos en el tema, también asistí a congresos sobre neuroeducación en los cuales he tenido el gusto de escuchar a expertos como Kolb, David Bueno o Diamond y a partir de esto escribir mis propias conclusiones. Los términos de búsqueda utilizados fueron: Neuroeducación, neurociencias y educación, neuropsicología educativa, educación y cerebro y potenciación de capacidades cognitivas.

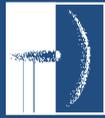
Los Criterios de inclusión y exclusión se basaron en encontrar artículos que estuvieran publicados en revistas científicas indexadas, libros de expertos con gran trayectoria en el sector educativo, psicológico o neurocientífico y que su contenido estuviera acorde con la pregunta de investigación. Esta revisión contiene un protocolo de intervención para un posible proyecto piloto a desarrollar más adelante, en el cual se dan pautas de intervención en el campo escolar, cognitivo, familiar y social del menor. La implicación social y emocional juegan también un papel de peso a la hora de mejorar las capacidades del niño por tanto el desarrollo de un proyecto piloto debe contener tanto a diferentes profesionales como a la parte social, emocional, motivacional, familiar y cognitiva del menor para dar solvencia por diferentes frentes a la mejora de la adquisición del conocimiento. Con todo esto el niño aprenderá a desarrollar sus fortalezas, a conocer sus propias cualidades intelectuales, a aumentar su autoestima y a reconocer aquellas funciones que presentan mayor dificultad para que de esta forma pueda fomentarlas y mejorarlas por medio del trabajo continuado.

Dentro de los resultados encontrados en esta revisión bibliográfica podemos destacar la Neuroeducación como herramienta en la potenciación de las capacidades cognitivas del menor. A nivel cognitivo: Podemos constatar que la arquitectura funcional del cerebro depende no solo de los genes, sino de los mecanismos epigenéticos ya que existen muchos factores determinantes desde el mismo momento en que se desarrolla la concepción y que gestionan el desarrollo neuronal, la idea con estudiar el cerebro no es solo conocer su funcionamiento sino poder integrar aquellos conocimientos a la mejora de la funcionalidad del entorno y en general de las condiciones para lograr obtener el mejor provecho cerebral, teniendo en cuenta que cada cerebro es diferente y la idea es ayudar a cada niño a construir su propia red neuronal, potenciar sus capacidades cognitivas y mejorar aquellas dificultades que pueda tener. A nivel social: Encontramos que mejorando las capacidades cognitivas se potencia la autonomía del individuo y su propia interacción con el entorno. Y todo ello mejora la autoestima de la persona, su autoconfianza, sus relaciones interpersonales y en general la motivación para desarrollar sus proyectos de vida. Potenciar las capacidades cognitivas del menor, así como permitir que el niño reconozca sus procesos mentales más eficientes, permitirá fundar seguridad, será un niño que tendrá disposición hacia la clase y mejorara sus procesos atencionales, lo que al mismo tiempo fortalecerá su auto confianza. Un menor seguro de sí mismo, es un niño que se plantea metas y retos y trabaja por conseguirlos, al mismo tiempo que emocionalmente se mostrará más estable y con mejor disposición social.

El reto para los neurocientíficos está en crear un programa educativo que vaya en la línea del funcionamiento cerebral, crear estrategias y métodos que los docentes puedan usar en su labor para mejorar la calidad del aprendizaje. También es un reto que los docentes puedan comprender el funcionamiento cerebral y llevarlo al aula de clases. la enseñanza del docente debe ser lo más ecológica posible, para que no se quede en simple teoría sin posibilidad de aplicación. Es mucho camino el que aún hay que recorrer para desentramar los secretos de este maravilloso órgano, el cerebro, sin embargo, es tiempo de empezar a utilizar lo que ya sabemos acerca de su funcionamiento y su estructura y trabajar de forma conjunta con otros profesionales para seguir generando conocimiento y sacar a su vez el mejor provecho de ese cerebro que aprende.

PALABRAS CLAVE

Neurociencias, educación, funciones cognitivas, aprendizaje, neuroeducación.



www.isep.es

ISEP Barcelona

C/ Berlín, 9, bajos
08014 Barcelona
Tel. 93 487 77 77
barcelona@isep.es

ISEP Madrid

C/ Raimundo Lulio, 3
28010 Madrid
Tel. 91 539 90 00
madrid@isep.es

ISEP Valencia

Avda. Tres Forques, 2
46018 Valencia
Tel. 96 394 48 29
valencia@isep.es

ISEP México

C/ Lázaro Cárdenas, 151
Sur Colonia. Centro Sinaloa
80000 Culiacán - Sinaloa
Tel. +52 01800 077 88 99
mexico@isep.es